Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung" erscheint monatlich zweimal. Durch jedes deutsche Postamt wird dieselbe zum Preise von Mk. 5.— vierteljährlich (M. 4.94 für die Sachverständigen-Zeitung, 6 Pf. für Bestellgeld) frei ins Haus geliefert.

Alle Manuskripte, Mitteilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Dr. F. Leppmann, Berlin NW., Wikinger-Ufer No. 1. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke, Inserate und Beilagen an die Verlagsbuchhandlung.

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Organ für die gesamte Sachverständigentätigkeit des praktischen Arztes sowie für praktische Hygiene und Unfall-Heilkunde.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin NW., Luisenstrasse No. 36.

XI. Jahrgang 1905. № 1. Ausgegeben am 1. Januar.

Inhalt:

1895—1905.

Daß im Wirken des Arztes die Sachverständigen-Tätigkeit eine der Behandlung und Verhütung von Krankheiten gleichwertige Rolle spielt, ist eine Erkenntnis, die in den letzten Jahrzehnten in allen ärztlichen Kreisen weitgehende Fortschritte gemacht hat.

Schon die steigende Vervollkommnung der Rechtspflege im allgemeinen mußte dahin wirken, daß die Aerzte mehr und mehr auf ihre Berufspflicht, gesundheitliche Fragen in Rechtsfällen aller Art zu begutachten, hingewiesen wurden. Dreierlei kam aber gerade im letzten Viertel des vorigen Jahrhunderts noch hinzu: die Zunahme der geistigen Störungen bezw. ihrer richtigen Bewertung im Rechtsleben, die vorher ungeahnte Ausgestaltung der hygienischen Gesetzgebung und die Schöpfung der Arbeiter-Fürsorge-Gesetze.

In richtiger Würdigung der Tatsache, daß den sehr erhöhten Ansprüchen an die ärztliche Sachverständigen-Tätigkeit auch eine bessere Ausbildung der Aerzte auf diesem Gebiete entsprechen müsse, und daß weder der Universitätsunterricht — wenigstens in seiner damals fast allgemein üblichen Form — noch die Erfahrung am Krankenbette den Arzt als Gutachter ausreichend vorbilde, wurde vor 10 Jahren unsere Zeitschrift ins Leben gerufen.

Nach mancher Richtung haben sich die Verhältnisse in der Zwischenzeit bereits wesentlich geändert. In zunehmendem Maße beteiligen sich die Universitäten an der Vorbereitung des Arztes für seinen Gutachterberuf. Unter den Aerzten selbst ist jene Gattung, für welche die Abfassung von Attesten und Gutachten eine lästige und vermeintlich der übrigen Berufstätigkeit unebenbürtige Beschäftigung darstellt, stark im Abnehmen, wo nicht im Aussterben begriffen. In den ärztlichen Vereinen werden immer häufiger Fragen aus diesem Gebiete erörtert, und viele neue Vereinigungen die grade zu ihm enge Beziehungen haben, sind ins Leben gerufen worden; man braucht nur an die in mehreren Städten bestehenden psychologisch-forensischen Vereine, an die Abteilung für Versicherungsmedizin des Deutschen Vereins für Versicherungs - Wissenschaft und an die Deutsche Gesellschaft für gerichtliche Medizin zu denken. Aber gerade mit der Erkenntnis des Wertes der Sachverständigen - Tätigkeit ist das Bedürfnis nach literarischer Anregung und Unterweisung auf diesem Gebiete noch gewachsen.

Werfen wir einen Blick auf die letzten 10 Jahre zurück, so sehen wir, wie in dieser Zeit große Felder der Betätigung für den ärztlichen Sachverständigen neu erschlossen worden sind.

Das Bürgerliche Gesetzbuch, welches mit dem 1. Januar 1900 in Kraft trat, hat die Aufgaben der ärztlichen Gutachter nicht nur vielfach verändert, sondern auch in manchen Punkten erweitert, so besonders im Eherecht, wo Krankheiten früher keine so wesentliche Rolle spielten wie jetzt.

Den öffentlich bestellten Sachverständigen, den Medizinalbeamten, ist durch das Gesetz betr. die Dienststellung des Kreisarztes vom 16. September 1899 und die dazugehörige Dienstanweisung vom 23. März 1901 ein wesentlich vergrößerter Wirkungs-

kreis gegen früher zugewiesen worden, es gibt kaum ein Gebiet der öffentlichen Gesundheitspflege mehr, in welchem der Staat auf ihre ständige Mitwirkung verzichtete. Neben ihnen aber sind noch andere Aerzte zur Gutachtertätigkeit auf hygienischem Gebiete herangezogen worden. Die Gemeinden beginnen, Stadtärzte als ihre technischen Berater auf dem Gebiete der gesamten Gesundheitspflege anzustellen. Die Schularzteinrichtung gewinnt seit dem Ministerialerlaß vom 18. Mai 1898 von Jahr zu Jahr an Ausbreitung. Eine Reihe von Bundesratsverordnungen nötigt die Unternehmer bestimmter gewerblicher Betriebe, ihre Arbeiter vor der Einstellung ärztlich untersuchen zu lassen.

Auf dem Gebiete der Arbeiterfürsorge ist mit der Zahl der Rentenberechtigten auch die der ärztlichen Gutachten bedeutend gewachsen, nicht nur durch die allmähliche Zunahme der Arbeiterbevölkerung überhaupt und ihre bessere Aufklärung über ihre gesetzlichen Rechte, sondern durch Hineinziehung ganz neuer Kategorien von Personen in den Kreis der Fürsorgeberechtigten. Das Unfall-Gesetz vom 30. Juni 1900 umfaßt mehr Arten von Arbeitern als die früheren Unfallgesetze, durch weitere Gesetze, vom 15. März 1896 und vom 30. Juni 1900, sind einerseits die Beamten und Soldaten, andererseits die Gefangenen Unfallrentenberechtigt geworden. Auf dem Gebiete der Invalidenversicherung hat infolge des Gesetzes vom 13. Juli 1899 nicht nur die Rentenberechtigung der Erwerbsunfähigen von der 27. Woche an, sondern mehr noch die Uebernahme des Heilverfahrens durch die Landesversicherungsanstalten einen großen Zuwachs an ärztlichen Begutachtungen gezeitigt. Zu alledem kommt, daß in den neuen Unfallgesetzen eine stärkere Beteiligung der Aerzte an der Rechtsfindung von vornherein vorgesehen ist; so durch die Verpflichtung, in gewissen Fällen den behandelnden Arzt zu hören, und durch die Einrichtung der schiedsgerichtlichen Vertrauensärzte.

Weit über diese Errungenschaften hinaus dürfen wir aber von der nahen Zukunft eine Förderung der ärztlichen Sachverständigentätigkeit erwarten. Unser Strafrecht und unser Strafprozeß sehen bedeutenden Umgestaltungen entgegen, und alle Vorarbeiten, die bisher dafür geschaffen sind, weisen daraufhin, daß dem Arzte als Gutachter, sowohl während des Strafverfahrens als während der Strafvollstreckung wesentlich umfangreichere Pflichten und Rechte zufallen werden, als er sie jetzt hat. Auf dem Gebiete des Irrenwesens werden die Grenzzustände zwischen seelischer Krankheit und Gesundheit die Schaffung von Einrichtungen notwendig machen, die dem Arzte Gelegenheit zu reichlicher Betätigung geben werden. Die Bekämpfung der gewerblichen Schädlichkeiten wird auf die Dauer nicht ohne eine starke Mehrbeteiligung des ärztlichen Elements an der Gewerbeaufsicht im kleinen und großen gehandhabt werden können. Die Vereinheitlichung der Arbeiter-Versicherungsgesetze wird nicht, wie es wohl scheinen könnte, eine Verringerung der ärztlichen Gutachtertätigkeit, sondern deren erhebliche Vermehrung zu Wege bringen; denn man wird dann in jedem einzelnen Erkrankungsfalle viel planmäßiger als jetzt vorzugehen streben, und dazu wird die Einholung ärztlicher Atteste und umfänglicherer Auseinandersetzungen sehr oft erforderlich sein. Daß die Stellung des ärztlichen Gutachters auch im Privatversicherungswesen an Wichtigkeit sehr gewinnen wird, dafür bürgen die bereits gepflogenen Erörterungen des Gesetzentwurfs über den Versicherungsvertrag.

Blicken wir auf all diese Aufgaben, welche dem ärztlichen Sachverständigen teils die Gegenwart bietet, teils die Zukunft in Aussicht stellt, so braucht unsere Zeitschrift einen Vorwurf nicht zu befürchten, welcher in letzter Zeit vielen medizinischen Zeitschriften gemacht worden ist: Zu klein, zu unbedeutend im Verhältnis zur Gesamtmedizin ist das Arbeitsfeld der Aerztlichen Sachverständigenzeitung ganz sicher nicht. Sie umfaßt ein so umfangreiches und wichtiges Gebiet, wie es eben noch in dem Rahmen eines einzelnen Fachblattes vereinigt werden kann, ohne daß darin ein unübersehbares Durcheinander verschiedener Bestandteile zusammengezwängt wäre. Ja, es wird sogar kein geringes Maaß von Mühe erfordern, auf dem uns zur Verfügung stehenden Raume auch ferner allen Richtungen der ärztlichen Sachverständigentätigkeit gerecht zu werden, wir werden aber dieses Ziel nie aus den Augen verlieren. Am Beginn unseres zweiten Jahrzehnts geben wir der Hoffnung Ausdruck, daß neben dem Zusammenwirken der Redaktionsmitglieder und unseres bewährten Stammes ständiger Mitarbeiter auch die Beiträge der Kollegen in Stadt und Land uns wie bisher zur Förderung unserer Bestrebungen zu Gebote stehen werden.

Die Tuberkulose und die Schule.

Von
Prof. **Dr. Martin Kirchner**,
Geh. Obermedizinalrat.

Seit einer Reihe von Jahren ist der Kampf gegen die Tuberkulose auf der ganzen Linie eröffnet worden, und man ist versucht, den unzweifelhaften Rückgang, welchen die Todesfälle an dieser Krankheit erfahren haben, als eine Frucht dieses Kampfes zu betrachten. Da erscheint es billig, ja geboten, einmal zu prüfen, inwieweit an diesem Rückgange auch das schulpflichtige Alter sich beteiligt hat, und ob es möglich ist zum Schutze dieser Altersklasse gegen den Würgeengel der Menschheit noch mehr zu tun, als bisher geschehen.

Die Möglichkeit, die Bedeutung der Tuberkulose für das schulpflichtige Alter kennen zu lernen, gewährt die Preußische Statistik.

1. Von je 10 000 am 1. Januar Lebenden der betreffenden Altersklasse starben an Tuberkulose:

im Lebensjahre	männliche				weibliche			
	1876	1902	weniger	mehr	1876	1902	weniger	mehr
0—1	23,18	21,27	1,91	—	21,27	18,03	3,24	—
1—2	20,22	16,17	4,05	—	20,06	14,22	5,64	—
2—3	11,54	8,82	2,72	—	12,03	8,20	3,89	—
3—5	6,39	5,46	0,93	—	6,62	6,34	0,28	—
5—10	3,60	3,62	—	0,02	4,75	5,32	—	0,57
10—15	4,06	4,0,8	—	0,02	7.38	7,61	—	0,23
15—20	17,50	14,36	3,14	—	17,70	16,54	1,36	—
20—25	35,26	23,97	11,29	—	25,43	21,02	4,41	—
25—30	38,12	25,07	13,05	—	32,13	24,68	7,45	—
30—40	42,75	25,37	17,38	—	37,10	23,77	13,33	—
40—50	55,71	34,98	20,53	—	38,39	21,59	16,89	—
50—60	78,24	43,30	34,94	—	52,42	23,53	28,89	—
60—70	107,96	48,90	59,06	—	72,45	30,72	41,73	—
70—80	71,52	27,74	43,78	—	48,25	20,06	28,19	—
über 80	30.24	12,74	17,50	—	22,38	8,96	13,42	—
Zus.	34,41	20,72	13,69	—	27,59	17,41	10,18	—

In der vorstehenden Tabelle ist die Sterblichkeit des Jahres 1902 derjenigen des Jahres 1876 gegenübergestellt. Man ersieht daraus, daß die Gesamtsterblichkeit an Tuberkulose im Preußischen Staat von 1876 bis 1902 abgenommen hat: bei der männlichen Bevölkerung von 34,41 pro Zehntausend auf 20,72, d. h. um 39,8 %, und bei der weiblichen Bevölkerung von 27,59 pro Zehntausend auf 17,41, d. h. um 36,9 %.

Wir sehen aber sofort, daß dieses im ganzen überaus erfreuliche Ergebnis keineswegs alle Altersklassen gleichmäßig betrifft. Vielmehr ist in den jugendlichen Altersklassen diese Abnahme auffallend gering, und die beiden Altersklassen von 5 bis 10 und von 10 bis 15 Jahren lassen sogar eine Zunahme der Sterblichkeit an Tuberkulose erkennen, eine Zunahme, welche beim männlichen Geschlecht nur gering, bei dem weiblichen aber sogar recht bedeutend ist. Im Alter von 5 bis 10 Jahren stieg die Tuberkulosesterblichkeit bei dem männlichen Geschlecht von 3,60 auf 3,62 von 10 000, also um 0,56 %, bei dem weiblichen aber von 4,75 auf 5,32 von 10 000, also um 11,6 %. Im Alter von 10 bis 15 Jahren stieg die Tuberkulosesterblichkeit bei dem männlichen Geschlecht von 4,06 auf 4,08 von 10 000, also um 0,49 %, bei dem weiblichen von 7,38 auf 7,61 von 10 000, also um 3,1 %.

Ein Blick auf eine zweite Tabelle wird uns weiter belehren.

2. Von je 100 Gestorbenen der betreffenden Altersklasse starben an Tuberkulose:

im Lebens-jahre	männliche				weibliche			
	1876	1902	weniger	mehr	1876	1902	weniger	mehr
0— 1	0,85	0,92	—	0,07	0,94	0,96	—	0,02
1— 2	2,76	3,32	—	0,56	2,93	3,12	—	0,19
2— 3	3,20	4,75	—	1,55	3,50	4,47	—	0,97
3— 5	2,91	5,41	—	2,51	3,12	6,28	—	3,16
5—10	4,09	7,69	—	3,60	5,50	10,85	—	5,35
10—15	10,64	16,37	—	5,73	18,43	26,02	—	7,59
15—20	33,16	35,58	—	2,42	40,18	44,83	—	4,65
20—25	44,25	44,79	—	0,54	41,01	45,87	—	4,86
25—30	44,65	43,08	1,57	—	39,85	41,76	—	1,91
30—40	39,40	34,13	5,27	—	36,94	34,48	2,46	—
40—50	33,51	26,40	7,11	—	31,85	25,83	6,02	—
50—60	29,07	17,97	11,10	—	26,12	14,53	11,59	—
60—70	20,72	10,39	10,33	—	16,26	7,92	8,34	—
70—80	6,61	2,74	3,87	—	4,75	2,16	2,59	—
über 80	1,34	0,58	0,76	—	1,05	0,43	0,62	—
Zus.	12,53	10,10	2,43	—	11,6	9,58	2,03	—

Ein Blick auf die Tabelle 2 lehrt die höchst überraschende, bisher von niemand hervorgehobene Tatsache, daß der Bruchteil der Gesamtsterblichkeit, welchen die Sterblichkeit an Tuberkulose für sich beansprucht, für das Lebensalter bis Ausgangs des 25. Jahres bei beiden Geschlechtern, beim weiblichen sogar bis Ausgangs des 30. Lebensjahres seit dem Jahre 1876 nicht ab- sondern sogar zugenommen, d. h., daß die Abnahme der Tuberkulosesterblichkeit mit derjenigen der Gesamtsterblichkeit nicht gleichen Schritt gehalten hat.

Diese Zunahme aber ist wiederum größer in den Altersklassen von 5 bis 15 Jahren.

Im Alter von 5 bis 10 Jahren stieg der Tuberkulosebruchteil der Gesamtsterblichkeit beim männlichen Geschlecht von 4,09 auf 7,09 von 100, also um 88,0 %, bei dem weiblichen Geschlecht von 5,50 auf 10,85 von 100, also um 97,3 %; im Alter von 10 bis 15 Jahren stieg der Tuberkulosebruchteil an der Gesamtsterblichkeit bei dem männlichen Geschlecht von 10,04 auf 16,51 von 100, also um 53,8 %; bei dem weiblichen Geschlecht von 18,43 auf 26,02 von 100, also um 41,2 %.

In den späteren Lebensjahren, bei dem männlichen Geschtecht vom 26., bei dem weiblichen vom 31. Lebensjahre ab, ist die Abnahme des Tuberkulosebruchteils an der Gesamtsterblichkeit unverkennbar; und im Ganzen betrug dieser Rückgang bei dem männlichen Geschlecht (von 12,53 auf 10,10 von 100) 19,4 %, bei dem weiblichen (von 11,61 auf 9,58 von 100) 17,5 %, also ein recht Beträchtliches.

Was dürfen wir aus diesen überraschenden Zahlen schließen?

Wenn es wahr ist, daß der in den letzten 27 Jahren beobtete Rückgang der Sterblichkeit an Tuberkulose eine Folge der Entdeckung des Tuberkelbacillus durch **Robert Koch**, eine weitere Folge des Aufschwungs der Hygiene im Allgemeinen und des infolgedessen auf ganzer Linie eröffneten Kampfes gegen die Tuberkulose im besonderen gewesen ist, so gewinnt es den Anschein, als wenn diese Wohltaten hauptsächlich den höhern Altersklassen zuteil geworden, die jüngern dagegen nicht in dem Maße daran beteiligt worden wären, wie es im Interesse der Volksgesundheit erwünscht gewesen wäre. Dies würde von allen Altersklassen bis zum vollendeten 25. Lebensjahre, namentlich von den Jahren des schulpflichtigen Lebensalters zwischen 5 und 15 Jahren gelten.

Bevor ich auf diesen sehr wichtigen Punkt näher eingehe, möchte ich die Frage prüfen, was bisher seitens der Schule zur Bekämpfung der Tuberkulose geschehen ist.

Die Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten geschieht in Preußen bekanntlich noch immer auf Grund des § 14 des Allerhöchst genehmigten Regulativs vom 8. August 1835 und der im Anschluß daran erlassenen Rundverfügung, betreffend die Schließung der Schulen bei ansteckenden Krankheiten, vom 14. Juli 1884. In dieser Verfügung sind als Krankheiten, „welche vermöge ihrer Ansteckungsfähigkeit besondere Vorschriften für die Schulen nötig machen", aufgezählt: Augenentzündung (kantagiöse), Cholera, Diphtherie, Flecktyphus, Keuchhusten, sobald und solange er krampfhaft auftritt, Krätze, Pocken, Röteln, Rückfallfieber, Ruhr, Scharlach und Unterleibstyphus. Neuerdings (1897) zu dieser Reihe hinzugekommen ist der Aussatz. Tuberkulose dagegen ist mit keinem Worte erwähnt.

Dem gegenüber ist eine Betrachtung der Bruchteile an der Gesamtsterblichkeit von Interesse, welche die Sterblichkeit an diesen Krankheiten während des schulpflichtigen Alters ausmacht, wobei von Augenentzündung, Aussatz, Cholera, Fleckfieber, Krätze, Pocken und Rückfallfieber aus naheliegenden Gründen abgesehen werden kann, da sie ja entweder gar keine Sterblichkeit verursachen oder für uns nur ausnahmsweise in Betracht kommen. Von Bedeutung für die Schulen sind in der Regel nur Diphtherie, Keuchhusten, Masern und Röteln, Ruhr, Scharlach, Tuberkulose und Typhus. Wie groß die Bedeutung ist, welche jeder einzelnen dieser Krankheiten während des schulpflichtigen Alters zukommt, zeigt ein Blick auf die nachstehenden Tabellen.

3. Von je 10 000 am 1. Januar lebenden männlichen Personen starben im Jahre 1902 an:

im Lebens-jahre	Diph-therie	Keuch-husten	Masern und Röteln	Ruhr	Schar-lach	Tuber-kulose	Ty-phus
0—1	29,38	83,39	34,89	1,09	11,30	21,27	0,54
1—2	32,25	28,02	36,65	0,37	17,29	16,17	0,56
2—3	24,32	8,01	14,09	0,34	18,20	8,82	0,62
3—5	17,01	2,51	5,61	0,06	15,42	5,46	0,45
5—10	6,46	0,45	1,70	0,03	8,01	3,62	0,56
10—15	1,10	0,08	0,24	0,02	1,42	4,08	0,67
15—20	0,35	0,01	0,02	—	0,44	14,36	1,15
20—25	0,10	0,01	0,02	0,01	0,15	23,97	1,18
25—30	0,06	—	0,02	0,04	0,08	25,07	1,21
30—40	0,06	0,01	0,01	0,03	0,08	25,37	0,91
40—50	0,10	0,02	0,02	0,05	0,06	34,98	0,97
50—60	0,06	0,02	—	0,01	0,05	43,30	0,80
60—70	0,10	0,05	—	0,05	—	48,90	0,77
70—80	0,06	0,06	0,03	0,03	0,06	27,74	0,35
über 80	—	—	—	0,14	—	12,74	0,27
Zus.	4,26	3,69	2,95	0,08	3,29	20.72	0,84

Die furchtbare Bedeutung, welche die Diphtherie in früheren Jahren für die Kinderwelt hatte, kommt ihr, dank dem herrlichen Diphtherieheilserum v. Behring's, heute bei weitem nicht mehr zu. Immerhin steht sie noch im Vordergrund des Interesses und ist weiterer Eindämmung zugängig und bedürftig. Erheblich sind auch die Verheerungen, welche Keuchhusten, Scharlach und Masern unter unserer Kinderwelt anrichten, hinter ihnen allen bleibt die Tuberkulose anscheinend weit zurück. Dieser Eindruck ändert sich aber, sobald man die einzelnen Altersklassen für sich allein betrachtet.

Im ersten Lebensjahre starben an Keuchhusten 83,39, Masern 34,89, Diphtherie 29,38, Tuberkulose 21,27, Scharlach 11,30 von 10 000; Tuberkulose steht an vierter Stelle.

Im zweiten Lebensjahre starben an Masern 36,65, Diphtherie 32,25, Keuchhusten 28,02, Scharlach 17,29, Tuberkulose 16,17 von 10 000; Tuberkulose steht an fünfter Stelle.

Im dritten Lebensjahre starben an Diphtherie 24,32, Scharlach 18,20, Masern 14,09, Tuberkulose 8,82, Keuchhusten 8,01; von 10 000 Tuberkulose steht an vierter Stelle.

Im vierten und fünften Lebensjahre starben an Diphtherie 17,01, Scharlach 15,42, Masern 5,61, Tuberkulose 5,46, Keuchhusten 2,51 von 10 000; Tuberkulose steht an vierter Stelle.

Im sechsten bis zehnten Lebensjahre starben an Schlarlach 8,01, Diphtherie 6,46, Tuberkulose 3,62, Masern 1,70, Keuchhusten 0,45 von 10 000; Tuberkulose steht an dritter Stelle.

Im elften bis fünfzehnten Lebensjahre starben an Tuberkulose 4,08, Scharlach 1,42, Diphtherie 1,10, Typhus 0,67, Masern 0,24 von 10 000; Tuberkulose steht an erster Stelle.

Es zeigt sich, daß die mit Recht sogenannten „Kinderkrankheiten", namentlich Keuchhusten und Masern, ihre hauptsächlichsten Verheerungen in den Jahren vor Beginn des schulpflichtigen Alters anrichten, und daß die Schule vielleicht nicht einmal der richtige Ort ist, um ihnen mit Erfolg entgegenzutreten, daß dagegen der Hauptfeind der Jugend während des schulpflichtigen Alters die Tuberkulose ist, und daß der Schwerpunkt der Seuchenbekämpfung während des schulpflichtigen Lebensalters auf die Bekämpfung der Tuberkulose gelegt werden muß.

Genau dasselbe lehrt ein Blick auf die nachstehende Tabelle, welche sich auf das weibliche Geschlecht bezieht.

4. Von je 10000 am 1. Januar lebenden weiblichen Personen starben im Jahre 1902 an:

im Lebens-jahre	Diph-therie	Keuch-husten	Masern und Röteln	Ruhr	Schar-lach	Tuber-kulose	Ty-phus
0— 1	24,32	86,01	30,88	0,77	10,39	18,03	0,51
1— 2	27,27	33,18	35,69	0,35	15,26	14,42	0,35
2— 3	21,49	11,27	15,05	0,15	16.92	8,20	0,52
3— 5	16,72	3,31	6,61	0,10	14,44	6,34	0,64
5—10	6,91	0,68	1,90	0,03	8,05	5,32	0,63
10—15	1,59	0,12	0,42	0,01	1,91	7,61	0,85
15—20	0,33	0,02	0,04	0,02	0,47	16,54	1,04
20—25	0,18	0,01	0,03	0,01	0,10	21,02	0,97
25—30	0,13	—	0,02	0,02	0.19	24,68	0,99
30—40	0,03	0,01	0,01	0,01	0,14	23,77	0,88
40—50	0,06	0,01	—	0,02	0,04	21,59	0,60
50—60	0,04	0,04	—	0,04	0,01	23,53	0,77
60—70	0,05	0,05	—	0,15	0,01	30,72	0,87
70—80	0,05	0,05	0,02	0,07	—	20,06	0,56
über 80	—	0,10	—	0,10	—	8,96	0,10
zus.	3,83	3,89	2,81	0,07	3,07	17,41	0,78

Bei dem weiblichen Geschlecht nimmt die Tuberkulose unter den 7 oben angeführten Infektionskrankheiten im 1. Lebensjahre die vierte, im 2. und 3. Lebensjahre die fünfte, im 4. und 5. die vierte, im 6. bis 10. die dritte, im 11. bis 15. die erste Stelle ein, um sie von da an bis zum 80. Lebensjahre unbestritten zu behaupten. Während des größten Teils des schulpflichtigen Alters verliert also auch das weibliche ebenso wie das männliche Geschlecht die meisten Toten durch Tuberkulose.

Durch diese Zahlen sind aber die Verluste durch Tuberkulose keineswegs erschöpft. Bekanntlich verläuft die Tuberkulose im schulpflichtigen Alter nicht selten unter dem Bild der Hirnhautentzündung, manche Fälle davon verbergen sich auch unter der Bezeichnung Luftröhrenentzündung und Lungenkatarrh, Lungen- und Brustfellentzündung und andere Lungenkrankheiten, so daß wir durchaus berechtigt sind, die Opfer der Tuberkulose unter der schulpflichtigen Jugend noch höher zu veranschlagen, als dies nach dem Ergebnis der Statistik geschehen ist.

Es ist nicht die Absicht dieser Zeilen, Beunruhigung hervorzurufen oder Vorwürfe zu erheben. Namentlich Letzteres wäre sehr unangebracht, denn wohl in kaum einem Lande ist in den letzten Jahren soviel zur Unterhaltung der Schule und zur Hebung der Schulgesundheitspflege geschehen wie in Preußen. Nicht nur in den großen Städten und nicht nur für die höheren Schulen haben sich nach allen Regeln der Hygiene erbaute Schulpaläste erhoben, auch in kleinen Orten und auf dem Lande nimmt die Zahl der einwandsfreien Schulgebäude von Jahr zu Jahr zu, gute Beleuchtung, ausreichende Lüftung, zweckmäßige Bestuhlung sind Eigenschaften, die bei immer weniger Schulen vermißt werden. Und doch dies betrübende Ergebnis, daß die Tuberkulose im schulpflichtigen Alter eher zu- als abgenommen hat? Woran liegt das?

Der Grund dafür kann nur darin liegen, daß die bisher getroffenen Maßregeln zur Einschränkung der Tuberkulose nicht ausreichend gewesen sind. Die hier vorhandene Lücke muß aufgesucht und ausgefüllt werden, wenn man an der allgemeinen Abnahme der Tuberkulosesterblichkeit auch das schulpflichtige Alter teilnehmen zu sehen wünscht. Wie soll das geschehen?

Manch Einer ist versucht zu antworten: So müssen wir noch schönere Schulpaläste bauen und für noch bessere Beleuchtung und Lüftung, für noch zweckmäßigere Subsilien, für eine noch gesundheitsgemäßere Ausgestaltung des Lehrplans usw. sorgen, kurz noch mehr Schulhygiene treiben. In der Tat haben die

Autoren, welche sich mit der Tuberkulose in der Schule beschäftigt haben, diese Antwort erteilt. Nichtsdestoweniger halte ich diese Antwort nicht für zutreffend. So wenig wir durch die Hebung der allgemeinen Hygiene der Cholera, der Pest und des Typhus Herr werden können, so wenig werden wir durch die Vervollkommnung der Schulhygiene die Tuberkulose in der Schule besiegen. Wir werden dieses Ziel nur dann erreichen, wenn wir die tuberkulösen Menschen heraussuchen und sie behandeln und womöglich heilen, jedenfalls aber daran hindern, ihr trauriges Leiden auf Gesunde zu übertragen. Das ist das Einzige, was Erfolg verspricht, aber einen glänzenden Erfolg, wenn es mit Energie zur Durchführung gelangt. (Fortsetzung folgt.)

Der Fall Berger und die ärztliche Sachverständigentätigkeit.

Von

Medizinalrat **Dr. Leppmann.**

Soeben ist vor dem Schwurgericht des hiesigen Landgerichts I eine Verhandlung zu Ende geführt worden, welche das Interesse der Bevölkerung bis zum letzten Augenblick in Spannung hielt.

Zunächst waren es die schauerlichen Umstände der Tat, die Tötung und Zerstückelung eines 8jährigen Mädchens, welche diesen Fall zu einem besonderen machten, sodann gewährte die Verhandlung wieder einmal einen genauen Einblick in die Welt des Dirnen- und Zuhältertums, in die Art, wie diese antisozialen Elemente dank unserer Gesetzgebung ungesondert von der kleinbürgerlichen und Arbeiterbevölkerung leben, und erregte dadurch eine Art Schauer in der besseren Gesellschaft, dessen Wirkung, wie die Erfahrung in der Vergangenheit lehrt, leider immer längst verflogen ist, wenn es gilt, durch gesetzgeberische Maßnahmen derartige Zustände zu mildern. Was aber die Spannung und Aufmerksamkeit Vieler besonders aufstachelte, das war die Annahme, daß es sich um einen Lustmord handelte, und wer die Regungen der sogenannten Volksseele, d. h. die Gedanken und Empfindungen des Durchschnitts einer Mehrheit von Mitmenschen, namentlich aus den unteren Schichten, kennt, der wird sich nicht verhehlen, daß alle Dinge, welche in dunkler Beziehung zu dem Geschlechtsleben und zu Geschlechtsregungen stehen, von jenen Kreisen mit einer an Lüsternheit streifenden Neugierde aufgenommen werden.

Aber auch für den, welcher von einer etwas höheren Warte die Ereignisse im Gerichtssaal beobachtete, hatte der Prozeß manches besonders Lehrreiche. Und dieses gipfelte speziell für den Arzt und den gerichtlichen Sachverständigen darin, daß die Anklage ausschließlich auf einem komplizierten Indizienbeweis beruhte, und daß wesentlich, ja man kann fast sagen ausschlaggebend, bei diesem Indizienbeweis die ärztliche Sachverständigentätigkeit war.

Wenn ich die Tatsachen hier nach dem Gedächtnis kurz wiederhole, so war an einem Tage im Juni d. J. das Kind einer Arbeiterfamilie in der Ackerstrasse um 1 Uhr mittags aus der Wohnung der Eltern fortgegangen in der Absicht, das eine halbe Etage höhere Klosett zu benutzen. Trotzdem die Mutter kurze Zeit, d. h. ungefähr eine Stunde nach dem Verschwinden, den Verbleib des Kindes zu erforschen begann, fand sie keine Spur desselben. Am nächstnächsten Tage wurde der Rumpf des Kindes und die Beine in der Spree und einige Tage später der Kopf mit den Händen zusammengeschnürt im Schiffahrtskanal gefunden.

Der Verdacht mußte sich auf einen der Hausbewohner lenken, da Niemand das kleine Mädchen zu der angegebenen Zeit aus dem Hause hatte herausgehen sehen, und da ferner das Kind der Mutter gegenüber bei Warnungen derselben versichert hatte, sie werde niemals von einem fremden Manne sich anlocken lassen. Nachdem der Verdacht gegen andere Hausbewohner sich als nicht stichhaltig erwiesen hatte, blieb er auf dem Gelegenheitsarbeiter, wie er genannt wurde, bezw. Händler Berger haften, welcher Tür an Tür mit den Eltern der Ermordeten als mehrfach bestrafter Zuhälter einer Sittendirne wohnte, die an dem in Betracht kommenden Tage im Gefängnisse sich befand. Tatsache war, daß Berger zur Zeit des Mordes in der Wohnung jener Dirne war, ferner, daß er nachts zuvor eine Bierreise unternommen hatte, von welcher er ohne einen Pfennig Geld wiedergekehrt war. Er war bei der Rückkehr keinesfalls hochgradig berauscht, wenn auch nach seinem Verhalten für den, welcher seine Eigentümlichkeiten kannte, eine gewisse Rauschwirkung wahrscheinlich war.

In der Wohnung der Dirne fehlte ein kleiner Reisekorb, welchen er angeblich einer Straßendirne als Lohn gegeben hatte, die er in der Nacht nach dem Morde ohne die Möglichkeit einer baren Entlohnung in die Wohnung seiner noch in Haft befindlichen Dirne mitgenommen haben wollte.

Dieser Reisekorb, welcher durch eine eigentümlich schiefe Form etwas Charakteristisches hatte, wurde in der Nähe der Leichenteile treibend aus der Spree gefischt. In Bergers Privatwohnung fand sich Schnur von der Form, wie sie zur Zusammenbindung der Leichenteile benutzt war. Um die Leichenteile herum befanden sich Blätter von einer Zeitung wie sie von der Inhaberin der in Betracht kommenden Wohnung, allerdings auch von vielen andern Personen in jener Stadtgegend, gehalten wurde. Tatsache war ferner, daß die Ermordete den Berger kannte, da sie der Dirne desselben öfters Gänge besorgte und auch mit dem Hunde des Berger, der sich in der in Betracht kommenden Wohnung befand, öfters spielte. Sie sprach sogar von dem Berger als von dem Onkel. Tatsache war ferner, daß Berger seine Dirne inständig gebeten hatte, von dem Verschwinden des Reisekorbes Andern nichts zu sagen..

Dies waren die allgemeinen Indizien. Zu diesen fügten die ärztlichen Sachverständigen, Prof. Dr. Straßmann und dessen Assistent Dr. Arthur Schulz, und im Anschluß daran der Chemiker Dr. Jeserich folgende gewichtige sachverständige Erhebungen:

1. Die Leichenteile waren nicht ausgeblutet. Es fanden sich Blutaustretungen an dem Ueberzuge des Herzbeutels und der Lunge und geringe Blutaustretungen im Gewebe einer Verletzung der Geschlechtsteile. Es waren nämlich Schamlippen, Hymen und Scheide durch die Wirkung einer stumpfen Gewalt bis in den Mastdarm hinein auseinandergerissen, und zwar schloß Prof. Straßmann aus dem Umfange und der Art der Beschädigung, daß dieselben nicht durch ein gesteiftes Glied, sondern durch einen härteren und umfangreicheren Gegenstand etwa durch einen oder mehrere Finger bewirkt war.

Prof. Straßmann schloß aus dem Befunde, daß von allen Todesarten die wahrscheinlichste der Erstickungstod in diesem Falle sei, und daß die Verletzungen der Schamteile wegen des geringen Umfanges des Blutaustrittes in die Gewebe vielleicht schon im Zustande schwacher Herztätigkeit, also beispielsweise in der Agone oder in der Betäubung zugefügt seien.

2. Die Trennungen der Glieder vom Rumpfe waren sicher nach völligem Tode ausgeführt worden. Dieselben zeigten keinerlei vitale Reaktion. Es waren dabei die Gelenke, mit ziemlich glatten Schnitten, aber ohne besondere Kunstfertigkeit aus den Pfannen gelöst, denn bei den Hautschnitten war mehrfach angesetzt, und von der vorderen Schulterblattspitze war ein Stück mit abgeschnitten worden. Außerdem war von den verletzten Geschlechtsteilen aus ein Schnitt ungefähr in der Mittellinie über die Schambeinfuge nach aufwärts geführt, welcher die Bauchhöhle nicht eröffnete. Dieser Schnitt war sicher nach dem

Tode gemacht und bedeutete nach Prof. Straßmanns Meinung nichts weiter als einen aufgegebenen Versuch, die Leiche in der Mitte auseinander zu teilen;

3. waren in dem aufgefundenen Korbe Blutspuren, welche zunächst durch das Mikroskop vermittels Nachweis der Formelemente als solche festgestellt und dann durch die biologische Methode als Menschenblut nachgewiesen wurden. (Blutspuren am mutmaßlichen Tatort und an den Kleidern des Angeklagten fehlten);

4. fanden sich an dem Geflecht des Korbes kleine Reste von Kleiderstoffen. Dr. Schulz wies an roten Fasern deren Uebereinstimmung mit Fasern aus dem wollenen Unterrock des Kindes, von dem sich Teile mit der Leiche zusammen vorfanden, und Dr. Jeserich wies am Korbe haftende dunkelblaue bezw. schwärzliche Fasern nach, die solchen aus dem Gewebe der Tragbänder des Röckchens des ermordeten Kindes glichen.

Die Sachverständigen äußerten sich mit der gebührenden Vorsicht. Sie sprachen nicht schlechtweg von der Identität der aufgefundenen Fasern mit denen der Kleidung des Kindes, sondern nur davon, daß der Befund mit der Möglichkeit einer Identität durchaus vereinbar sei. Dafür hielten aber ihre sehr sorgfältigen Untersuchungen und Schlußfolgerungen den Bemängelungen des von der Verteidigung im letzten Augenblicke zitierten Sachverständigen Dr. S. Engel siegreich stand, unterstützt durch das Gutachten des Professors Wassermann, der als der eine Erfinder der biologischen Methode besonders dazu berechtigt war, zu betonen, daß diese hier mit allen möglichen Kautelen ausgeführt war und daß auch die Schlüsse, welche aus der Abweichung der Farbennuance einzelner Wollfäden infolge Durchtränkung mit Resten von Blutfarbstoff gezogen wurden, durchaus berechtigt waren.

Zur Aufrollung des so bezeichneten Tatbestandes waren wohl über 100 Zeugen aufgeboten. Nur für einen Punkt, für die etwaigen Motive einer derartigen Tat und für die seelische Artung eines Menschen, den man einer solchen Tat für fähig erachten kann, war kein besonderer Beweis angetreten. Die Anklagebehörde meinte augenscheinlich, daß zur Erklärung des Zustandekommens einer derartigen Tat die allgemeine Lebenserfahrung genüge.

Die Anklage lautet auf Mord, also auf Tötung mit dem Vorsatz zu töten und mit der Ueberlegung bei der Planung und Ausführung der Tötung. Man mußte, um den Mord sich zu konstruieren, annehmen, daß entweder der Täter das Kind mit der geplanten Absicht es geschlechtlich zu benützen und dann zur Verhütung der Entdeckung der vollzogenen Geschlechtshandlung zu töten, an sich gelockt habe, oder daß das Zusammenkommen mit dem Kinde ein zufälliges gewesen sei, daß bei diesem zufälligen Zusammentreffen Geschlechtsbegierde entstand und betätigt wurde und dann erst die Ueberlegung stattfand, welche dazu führte, den Zeugen der Tat durch Tötung zu beseitigen. Gegen die zweite Möglichkeit sprach wohl schon der Umstand, daß nach der der Anklagebehörde bekannten Auffassung des Prof. Straßmann Tötung und Verletzung der Geschlechtsteile in engem zeitlichen Zusammenhang stehn mußten. — Es hätte also nahegelegen, zu erwägen, ob nicht in diesem Falle die Zuziehung von Sachverständigen erwünscht gewesen wäre, welche darüber Auskunft geben können, unter welchen Umständen und von welchen Motiven geleitet derartige Taten in der Regel begangen werden, und von welcher geistigen, sittlichen und sozialen Artung die Menschen sind, welche derartige Taten begehen.

Die Zuziehung von diesbezüglichen Sachverständigen war nicht vorgesehen. Hauptsächlich wohl deshalb, weil unsre Strafrechtspflege noch auf dem Standpunkt verharrt, der Sachverständige, welcher über Seelenzustände Bescheid wisse, habe nur den Beruf zu entscheiden bezw. zu erachten, ob es sich um eine Willensunfreiheit des Täters im Sinne des § 51 R. St. G. handle. Vielleicht kam auch in betracht, daß die Prozeßleitung der Meinung war, es seien ja gerichtsärztlich geschulte Sachverständige bei der Verhandlung, und diese seien ohne jede besondere Vorbereitung in der Lage, über jede, auch über die verwickelste Sonderfrage aus dem großen Gebiet der Heilkunde, im weitesten Sinne des Wortes genommen, im Augenblick Auskunft zu geben.

So verdankte ich nur einem Zufall meine Ladung kurz vor dem Beginn der Verhandlung, nämlich dem, daß ich bei einem Vortrag über die Psychologie des Mordes, welchen ich in der Psychologischen Gesellschaft hierselbst gehalten hatte, beiläufig gesagt hatte, Lustverbrechen seien meist keine Tötungen mit Vorsatz und Ueberlegung, sondern Augenblickshandlungen.

Als ich nun vor die Aufgabe gestellt war, allgemeine Ausführungen über die Psychologie des sogenannten Lustmordes zu machen, war ich mir wohl bewußt, daß ich mich dabei der größten Vorsicht befleißigen mußte. Ich hatte der Lustmordfrage immer ein besonderes Interesse gewidmet und hatte unter Zugrundelegung eines von der Internationalen Kriminalistischen Vereinigung gesammelten Tatsachenmaterials auf der Versammlung jener Vereinigung in Linz im Jahre 1895 einen Vortrag über die anthropologischen und sozialen Umstände derartiger Handlungen gehalten.

Ich mußte bei meinen Ausführungen dasselbe sagen, was ich schon damals anführte, daß wir über die Genese des Lustverbrechens eigentlich noch recht wenig wissen, und daß wissenschaftlich bearbeitet und analysiert vorwiegend nur die in ihren Umständen ganz ungewöhnlichen Fälle wären, während viele andere, deren systematische Bearbeitung zur Aufstellung allgemeinerer Gesichtspunkte notwendig wäre, nicht einmal in der Tagespresse eine allgemeinere Aufmerksamkeit erregen.

Deshalb stellte ich hauptsächlich zwei Gesichtspunkte meinen Ausführungen voran, welche ich auf grund meiner Erfahrungen für gesichert halte, nämlich den einen schon erwähnten, daß Lusttötungen in der Regel Augenblickshandlungen sind, und einen zweiten, daß zur Annahme einer Tötung aus wollüstigen Motiven nicht die gleichzeitige Annahme einer geistigen Verkehrtheit und Unfreiheit notwendig sei.

Im Einzelnen führte ich folgendes aus: Ein Teil der Lustmorde seien gar keine eigentlichen Lustmorde, d. h. keine Tötungen, bei denen in der Tötung selbst ein Motiv zur Erregung von Wollust liege. Es könne nämlich vorkommen, daß die Tötung aus anderen Motiven, z. B. aus Rache, stattfinde, und eine Verletzung der Geschlechtsteile vorgenommen werde, um durch Vortäuschung eines Lustmotivs den Verdacht in andre Wege zu lenken. Zweitens könne die Tötung auf eine aus normalen geschlechtlichen Motiven unternommene Gewalthandlung folgen, um die Gefahr der Entdeckung zu beseitigen. In diesem Fall kämen Entschluß und Ausführung in der Regel zeitlich eng zusammen. Drittens könne die Tötung mit dem Versuche einer Geschlechtsbetätigung gleichzeitig einhergehen, indem Gewalthandlungen zunächst darauf abzielten, den Widerstand des Opfers zu brechen, und der Erfolg entweder über die gewollte Absicht hinausginge, oder die neben der Geschlechtsbegierde einhergehende Furcht vor Entdeckung die Gewalthandlung im Moment der Ausführung bis zur Tötung mit der Absicht, zu töten, steigere.

Was nun die eigentlichen Lustverbrechen anbetrifft, so sind die Täter derselben nur in einer Minderzahl von Fällen Personen, deren Geschlechtsreiz auf die eine enge Bahn zusammengedrängt ist, daß sie nur in der Verübung todbringender Grausamkeit einen Wollustreiz empfinden. Gerade bei diesen echten und reinen Lustmördern geht nicht immer, wie man anzunehmen geneigt ist, mit der Tötung eine Verstümmelung der Geschlechtsteile, der äußeren oder der inneren, einher, sondern es handelt

sich bisweilen um Erwürgungen oder um Beifügung stark blutender Wunden, namentlich am Halse, also um Fälle wie der Verzenis, welchen Lombroso schildert.

Neben diesen eigentlichen Lustmördern gibt es aber Personen, welche eine Geschlechtshandlung mit dem Vorsatz normaler Geschlechtsbetätigung beginnen, und wo erst im Laufe der Ausführung die Grausamkeit als weiterer Wollustkitzel hinzutritt. Dieses Syndrom, wenn ich so sagen darf, tritt namentlich dann ein, wenn die Vollziehung des Geschlechtsakts in normaler Weise auf Hindernisse stößt, entweder wegen eines Mißverhältnisses zwischen den Geschlechtsteilen von Täter und Opfer, oder wegen einer dauernden oder vorübergehenden Geschlechtsschwäche des Täters. Letztere tritt am häufigsten bei Berauschungen bezw. unter der Nachwirkung reichlichen Alkoholgenusses in die Erscheinung, und in diesen Fällen kommt es in der Regel zu Verletzungen, ja zu Zerfleischungen der Geschlechtsteile. Grade dafür bot mir mein bisher noch nicht genau veröffentlichtes Material Anhaltspunkte, und es befanden sich unter den Tätern hauptsächlich Personen, welche im allgemeinen sittlich verkommen waren, und welche keine innerlichen Bedenken hatten, selbst den scheußlichsten Regungen einer augenblicklichen Leidenschaft irgend einen Zwang anzutun. Freilich hat ja die Zusammentragung einzelner Fälle durch einen Einzelnen nur einen bescheidenen Wert, aber es kommt dazu, daß auch bei andersartigen geschlechtlichen Gewalttaten ähnliche Momente sich ergeben.

Daß aber die Affektregungen der Wollust und der Grausamkeit im gesunden Seelenleben nahe Beziehungen haben, das beweisen manche völkerpsychologischen Beobachtungen, wie zum Beispiel die geschlechtliche Erregtheit von Soldaten nach dem Gemetzel einer Schlacht und die Ausführung gewisser Bußübungen.

Auch kommt es bei Personen, deren Geschlechtsleben sich später normal entwickelt, vor, daß die ersten Geschlechtsreize in der beginnenden Pubertätsentwicklung durch sadistische Vorstellungen und Handlungen ausgelöst werden.

Außer diesen allgemeinen Ausführungen erwuchs mir noch die Pflicht, mich über den Geisteszustand des Angeklagten und auch über den an ihm erhobenen Körperbefund zu äußern. Ich hatte nämlich im Laufe der Verhandlung den Auftrag erhalten, denselben zu untersuchen, und wenn es sich auch nur um eine einzige Rücksprache und Untersuchung gehandelt hatte, so kam dazu der Eindruck einer 8tägigen Verhandlung und die Feststellung des Vorlebens aus den Zeugenaussagen. Ich war mir wohl bewußt, daß dies nicht zu einer endgültigen Ausmittelung genügte und äußerte mich infolgedessen im Wesentlichen negativ dahin, daß sowohl die Erkundigung über Abstammung und vorausgegangene Erkrankungen, sowie die Art seines Vorlebens und der Gesamteindruck, den er machte, endlich auch das Ergebnis der körperlichen Untersuchung keine Anhaltspunkte für die Annahme einer krankhaften Artung gegeben hätten.

Auf einen Punkt bin ich mit Absicht nicht eingegangen, nämlich ob man einem Menschen, von dessen Geschlechtsleben man nur das erfuhr, daß er, wenn er angerauscht war, sehr sinnlich war, der aber sonst in seinem Zuhältertum sich normal geschlechtlich betätigte und eher kinderfeindlich als kinderlieb sich zeigte, ein Lustverbrechen an einem Kinde zutrauen könne. Ich wollte nicht hier zu Ungunsten des Angeklagten auf Erfahrungen mich beziehen, welche noch nicht veröffentlicht sind und daher der Kritik Sachkundiger noch nicht unterlegen haben. Dr. F. Leppmann hat nämlich auf meine Anregung eine größere Zahl von Sittlichkeitsverbrechen an Kindern, deren Täter die Strafanstalt Moabit passiert haben, analysiert. Es ergibt sich daraus die Tatsache, daß nur ein sehr kleiner Teil der Täter infolge einseitigen Geschlechtsbegehrs zu unerwachsenen Personen zu ihrer Tat getrieben werden, sondern daß dabei eine Reihe anderer Umstände mitwirken, wie starke Sinnlichkeit mit Wahllosigkeit in ästhetischer und ethischer Beziehung, Berauschung sinnlich erregende Situationen bei dem Fehlen einer Augenblicksgelegenheit zu anderweitiger Betätigung usw.

Kommen wir auf unsern Fall zurück, so haben die Geschworenen die vorliegenden Indizien für ausreichend befunden, um den Angeklagten zu verurteilen. Und zwar ist die Verurteilung erfolgt wegen Sittlichkeitsverbrechens und Totschlag. Ob und inwieweit meine Ausführungen zu diesem Wahrspruch beigetragen haben, vermag ich nicht zu beurteilen. Vielleicht dienten sie dazu, daß das Moment der Ueberlegung bei der Tötung verneint wurde. Möglicherweise fügten auch die vorgetragenen Erfahrungen über die Artung derjenigen Lustmörder, bei denen die Grausamkeitsbetätigung erst im Verlauf einer Geschlechtsattacke auftritt, ein Steinchen mehr in das Mosaik des Indizienbeweises.

Jedenfalls hat die Verhandlung bewiesen, daß der Seelenarzt danach streben muß, vor dem Strafgericht mehr zu sein, als ein bloßer Gesund- oder Krankerklärer, und daß er dazu bestimmt ist, durch psychologische und anthropologische Analyse der Tat und des Angeklagten zur Rechtsfindung beizutragen.

Freilich ist unser Rüstzeug zu diesen Aufgaben noch schwach bestellt, und namentlich müßte den ärztlichen Forschern noch viel ausgiebiger und leichter die Gelegenheit gegeben sein, Strafprozeßakten, aus denen heut nur einige statistische Daten verwertet werden, durchzuarbeiten, um daraus den wissenschaftlichen Besitzstand der Kriminalanthropologie und Kriminalsoziologie zu vermehren.

Ueber zwitterhafte Menschen.

Eine Bitte um Mitteilung einschlägiger Erfahrungen.

Von

Dr. **P. Stolper**

a. o. Professor der gerichtlichen Medizin in Göttingen.

(Dazu 5 Abbildungen.)

Die Erfahrungen des Einzelnen über zwitterhafte Erscheinungen am Menschen können naturgemäß nur geringe sein. Dementsprechend vermag uns auch die bezügliche Litteratur nicht befriedigende Aufschlüsse zu geben über gewisse, allgemein-medizinisch wichtige, interessante Gesichtspunkte.

Ich bin indes geneigt zu glauben, daß viele Kollegen anläßlich einer oder mehrerer Beobachtungen sich mit dem Gegenstande befaßt haben, aber in der Litteratur damit nicht herausgetreten sind, weil es bedenklich ist, aus seinem kleinen Wirkungskreise derartige Fälle zu publizieren. Die Befürchtung, daß sich die Beschriebenen wieder erkennen, ist nur zu berechtigt.

Was in der älteren Litteratur darüber niedergelegt ist, berücksichtigt zumeist nicht die Ergebnisse entwicklungsgeschichtlicher Forschung, nicht das Tatsachenmaterial der embryologischen und vergleichend anatomischen Studien über die Entwicklung des Urogenitalapparats der Menschen und Tiere. Die neuere Litteratur andererseits „über Homosexualität“ — „physisch-somatische Hermaphrodisie“ — „sexuelle Zwischenstufen“ und wie die termini technici alle lauten, tragen nach meinem Dafürhalten den anatomischen Verhältnissen der Sexualorgane wie des Gesamtindividuums ganz ungenügend Rechnung.

Die im Interesse der Homosexualen von Laien, Juristen und Aerzten vielfach unterstützte Petition um Aufhebung des § 175 des Strafgesetzbuches (widernatürliche Unzucht zwischen Personen männlichen Geschlechts) nimmt die zwittrige Anlage des Menschen als gegeben an, ob indes mit Recht, steht m. E. noch dahin.

Ueber Fälle von ausgesprochenem Habitus femininus bezw. masculinus bei Individuen mit entgegengesetzter Beschaffenheit der äußeren Geschlechtsorgane haben nur wenig Autoren hinreichend große Eigenerfahrung. Die Bedeutung der Geschlechtsdrüsen vom Standpunkt des Altruismus ist neuerdings von mancher Seite erörtert, aber keinesfalls so geklärt, daß man in den Fragen schon jetzt mit voller Entschiedenheit Stellung nehmen könnte.

Das aber erscheint dringend erwünscht mit Rücksicht auf die Reform des Strafgesetzbuches und auf die Sachverständigentätigkeit vor Gericht überhaupt.

Aus diesen Gründen scheint es mir notwendig, daß sich alle Aerzte an einer Sammelforschung über die einschlägigen Fragen beteiligen, daß einmal Mitteilungen über derartige Beobachtungen in größerer Zahl zusammengetragen und von einer Hand gesichtet werden. Dafür sind keineswegs die vor Gericht zur Erörterung kommenden Fälle besonders wichtig, wertvoller fast sind mir Beobachtungen des Hausarztes, Wahrnehmungen, die nebenher, zufällig, unbefangen, ohne kriminellen Beigeschmack gemacht wurden. Das Beschreiben dieser Zustände ist freilich nicht leicht und oft allzu subjektiv. Vor das photographische Objektiv solche Patienten zu bringen, wäre das beste, es gelingt aber nur höchst selten. Dazu ist Interesse und Verständnis für derartige an sich überaus interessante Verhältnisse nicht überall genug vorhanden. Aber es genügt vielleicht ein Hinweis wie dieser, auf die forensische Bedeutung derartiger zufälliger Beobachtungen, um das Interesse bei den Herren Kollegen zu beleben.

Ich wäre in hohem Maße dankbar für einschlägige Mitteilung solcher Beobachtungen seitens der Herren Kollegen, für einfache Beschreibungen, für Photographien, für Hinweise auf Publikationen, in denen vielleicht nebenher nur derartige Beobachtungen gemacht sind, die darum nicht ohne weiteres auffindbar.

In erster Linie wäre wichtig zu wissen:

I. Wie viele Aerzte haben überhaupt Individuen beobachtet, deren äußere Genitalien so gebildet waren, daß Zweifel über das Geschlecht bestehen konnten? Am Neugeborenen? Am älteren Kinde? Am Erwachsenen? Sind daraus irgend welche Streitfragen entstanden? Wie wurden diese entschieden?

II. Ist, und zwar mit bezw. ohne zwitterhafte Anlage der äußeren Geschlechtsorgane, zwitterhafter Gesamthabitus beobachtet worden, nämlich habitus femininus bei Individuen mit männlichen äußeren Geschlechtsorganen, habitus masculinus bei solchen mit weiblichen?

III. Sehr wertvoll wäre es festzustellen, wie oft bei habitus femininus eines Mannes Hodenatrophie vorkommt.

IV. Endlich — sind bei den anatomisch zwitterhaften Menschen homosexuale Neigungen beobachtet?

Zur Feststellung des perversen Habitus sind, wie ich hinzufügen darf, besonders zu beachten:

- Gesichtsbildung — ob männlich oder weiblich,
- Bartentwicklung,
- Entwicklung der Mammae,
- Form des knöchernen Beckens,
- Muskelkonturen,
- Form des Schamhaarfeldes, das beim Manne in der Mitte der oberen Begrenzung der Regel nach einen Fortsatz zu den Haaren der linealba schickt, beim Weibe nicht,
- Ob überhaupt Schamhaare vorhanden,
- Charakter der Stimme, männlich – weiblich,
- Charakterbildung. Temperament,
- Sexuelle Neigungen,
- Liegt Geisteskrankheit bezw. erbliche Veranlagung für solche vor?

Ueber Pseudohermaphroditismus mit äußeren Geschlechtsorganen, die zu Zweifeln oder Irrtümern Anlaß gaben, berichten die gerichtlich-medizinischen Lehrbücher mancherlei, über Individuen mit eindeutiger Geschlechtsanlage, aber zwitterhaften Gesamthabitus sind die Mitteilungen spärlich, was bei der Riesenliteratur über Homosexualität auffallend ist. Ich vermeide absichtlich mich über meine Stellungnahme zu diesen Fragen heut schon zu äußern, um keinen der etwa Beisteuernden in seinem Urteil irgendwie zu beeinflussen.

Vielleicht ist die kurze Mitteilung von drei Beobachtungen, die ich selbst so ganz zufällig gemacht habe, am ehesten geeignet, zu solchen Beiträgen anzuregen. Es sind Fälle von ausgesprochenem Habitus femininus.

I. Im Jahre 1895 kam der in Fig. 1 abgebildete 33jährige Bergmann J. B. aus L. in Oberschlesien, dem Namen und der

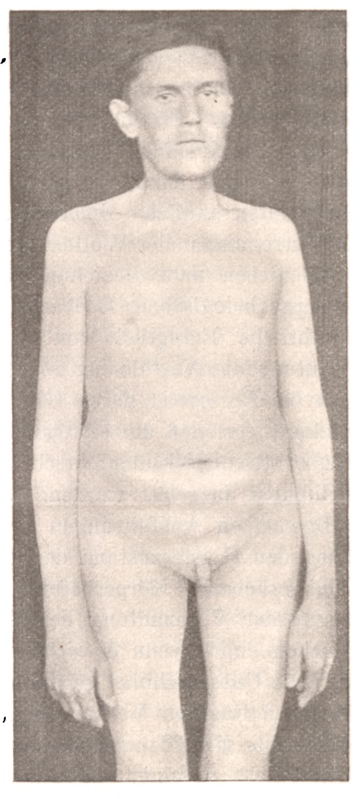


Fig. 1.

Sprache nach Pole, wegen Bruchs der linken Speiche dicht am Handgelenk in das Knappschafts-Lazarett zu Königshütte O.-S. Er bot ausgesprochenen Habitus femininus dar, hatte eine hohe durchaus weibliche Stimme, ein wenig männliches, völlig bartloses Gesicht, durchaus unmännliches Betragen.

Die äußeren Geschlechtsorgane waren zwar ausgesprochen männlich gebildet, aber Penis (5 cm) und Scrotum auffallend klein. In letzterem waren die Hoden nicht fühlbar, sie fanden sich auch nicht im Leistenkanal. Der 33jährige Mann hatte keine Spur von Schamhaar, bei flachem, aber breitem Brustkorb ein auffallend breit ausladendes Becken. Die Form der Kreuzgegend, die zarten Muskelkonturen am Rücken, den Armen und Beinen vervollständigten den weiblichen Charakter dieses Körpers. — B. war seit 6 Jahren kinderlos verheiratet und ist auch 4 Jahre später noch kinderlos gewesen. Er behauptete Potentia coeundi zu haben. Ueber homosexuale Neigungen habe ich ihn nicht befragt.

II. Den 31jährigen Bergmann J. P. aus demselben Ort bekam ich im darauffolgenden Jahre zur Beobachtung. Er, eben-

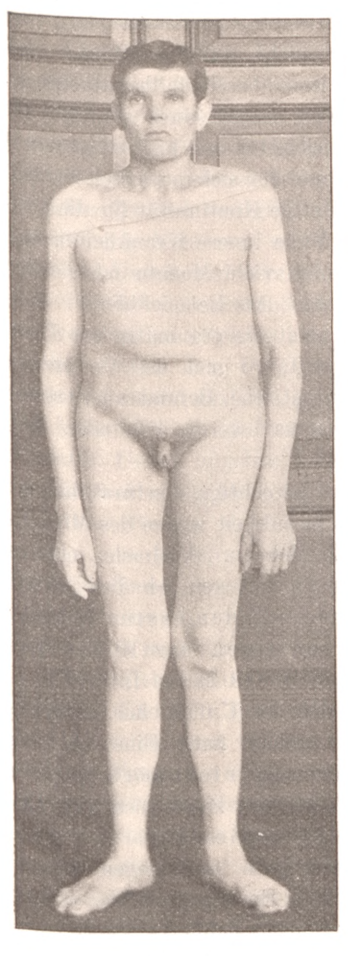


Fig. 2.

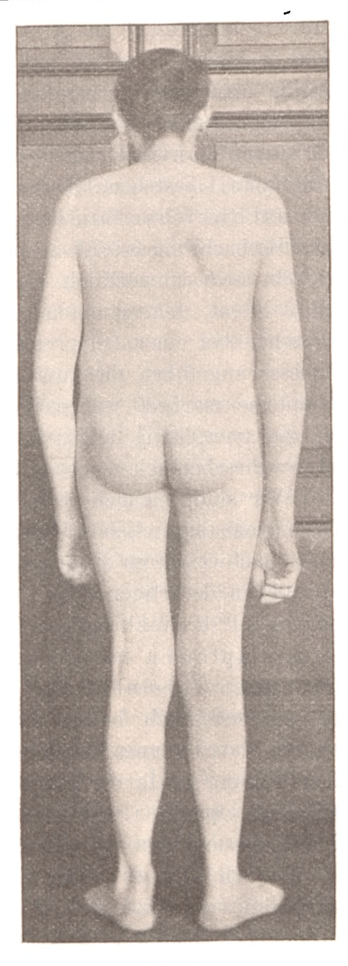


Fig 3.

falls polnisch sprechend, mit polnischem Namen, litt an Ulcus molle praeputii und behauptete, daß er diese Krankheit von seiner Frau habe, mit der er 5 Jahre verheiratet, die ihm aber nachweislich untreu sei, wie dies auch Erhebungen bestätigten.

Der 162 cm große Mann (Fig. 2 u. 3) bot ein völlig bartloses Gesicht, keine ausgesprochen weibliche Stimme, ein ängstliches, scheues Wesen. Die breite Beckenausladung gab auch dem Rücken ausgesprochen weibliche Form. Die Gliedmaßen- und Rumpfmuskulatur zeigten wenig scharfe Konturen, der Knochenbau ließ im allgemeinen das Ueberstehen von Rachitis annehmen. Auch seine äußeren Geschlechtsteile waren ausgesprochen männlich, aber ebenfalls sehr klein im ganzen (Penis nach Rückgang der entzündlichen Phimose 4 cm lang). Der linke Hoden fehlte im Hodensack und in der Leiste, der rechte war

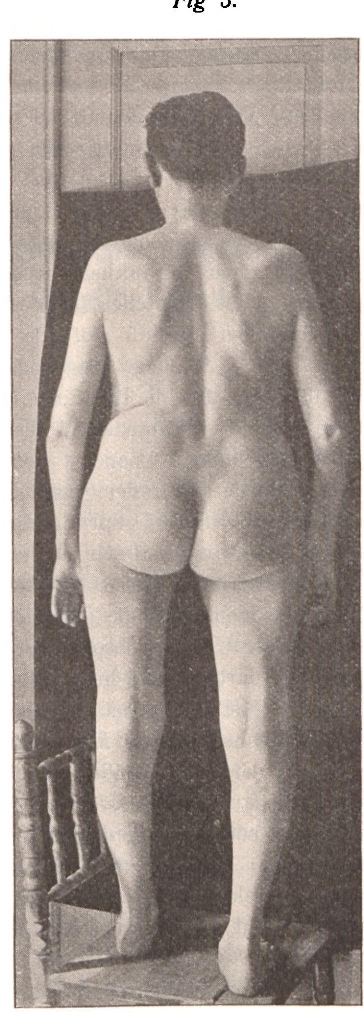


Fig. 4.

sehr klein und hart. Das Schamhaarfeld hatte die weibliche Form der Begrenzung nach oben, nicht die bei Männern gewöhnliche Zacke in der Mitte, die mit der Spitze in das Haar der Linea alba ausläuft (also weiblich ‿, männlich ‿‿).

P. gab an, daß ihm die kümmerliche Entwicklung seiner Genitalien schon als Knabe zum Bewußtsein gekommen sei. Homosexuale Empfindungen hat er nie gehabt, angeblich auch nie von derlei Dingen gehört.

III. Der dritte Fall ist mir erst jüngst gelegentlich der Untersuchung auf Diensttauglichkeit begegnet. Figur 4 mußte leider aus naheliegenden Gründen das Gesicht weglassen.

Der 38jährige Mann fiel mir durch sein auffallend weibliches, nie rasiertes, bartloses Gesicht sofort auf. Die stark entwickelten Brüste treten auf der Photographie deutlich hervor, die weiblich breite Beckenform ist nicht zu verkennen, und die weichen Muskelkonturen, sowie der breite Durchmesser der Kreuzgegend vervollständigen das Bild des Habitus femininus Auch hier ist der Penis unverhältnismäßig klein, ebenso der Hodensack, in dem beide Hoden fehlen. Dazu war — auf dem Bilde nicht genügend deutlich — eine verschiedene Faltenbildung im Bereich der Hodensackhaut erkennbar: die distale Hälfte beiderseits stark gerunzelt und scharf abgesetzt gegen die faltenlose, nicht gerunzelte proximale.

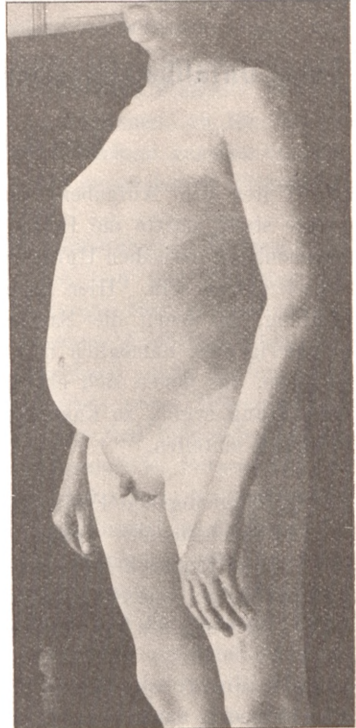


Fig. 5.

Von Schamhaar keine Spur.

Auch dieser Mann hatte sich über Untreue seiner Ehefrau zu beklagen, die ihm in 12jähriger Ehe 3 Kinder geboren, aber, wie er selbst wehmütig vermutet, vielleicht nicht von ihm. Die Art, wie er davon spricht, ist durchaus unmännlich und doch auch nicht die eines Lebemannes mit laxer Moral. — Er leugnet in durchaus glaubhafter Weise homosexuale Empfindungen, schildert glaubhaft, daß er Erektionen und Ejakulationen habe bei sexuell anregender Lektüre wie auch im Ehebett. Er hat oft darüber nachgedacht, warum seine Genitalorgane soviel kleiner als er sie bei anderen Personen gesehen, hat aber an klassischen Skulpturen seine eigenen Verhältnisse wiederzufinden gemeint. Der Gedanke, daß er impotent sei, ist ihm anscheinend gelegentlich gekommen, seit er von der Untreue seiner Ehefrau Kenntnis hat. Im Interesse seiner Kinder vermeidet er die Konsequenzen aus dieser Erkenntnis zu ziehen.

Ich bin gern bereit, etwa an mich eingesandtes Material unter voller Berücksichtigung aller Wünsche zu sichten, darüber mit den Einsendern zu korrespondieren, und glaube, daß damit der ärztlichen Wissenschaft und der Sachverständigentätigkeit von jedem Beitragenden ein Dienst erwiesen würde. Denn wenn auch das bürgerliche Gesetzbuch für das Deutsche Reich den Begriff „Zwitter“, wie ich meine wohlbegründeter Maßen, hat fallen lassen, so sind doch diejenigen Individuen, die mehr oder

weniger berechtigte Zweifel über ihre Geschlechtszugehörigkeit zulassen, keineswegs aus der Welt geschafft. Authentisches über sie, über ihre Zahl, über ihre sexuellen Neigungen aber läßt sich nur durch die Mitarbeit der Summe aller oder sehr vieler praktischer Aerzte gewinnen.

Ueber Unfallbegutachtung bei zweifelhafter Sachlage.

Von

Prof. **R. Stern**-Breslau.

Unter den Aufgaben, welche die Unfallbegutachtung dem Arzte stellt, dürfte die Entscheidung über den ursächlichen Zusammenhang zwischen Unfällen und inneren Krankheiten am schwierigsten sein. Hier kommen nicht selten Fälle zur Begutachtung, in denen die Sachlage zweifelhaft, die Entscheidung schwierig oder unmöglich ist. Versucht man, den Gründen nachzugehen, aus denen sich eine derartige Unsicherheit bei der Begutachtung ergibt, so kann man diese, soweit ich sehe, in drei Gruppen einteilen.

1) Ungenügende Feststellung des Tatbestandes,
2) anscheinendes Fehlen einer Kontinuität zwischen Unfall und Entwickelung der Krankheit,
3) Mängel unserer gegenwärtigen Kenntnisse über die Bedeutung des Traumas für die Entstehung von Krankheiten.

Ungenügende Feststellung des Tatbestandes ist wohl am häufigsten daran schuld, daß die Begutachtung von Unfallfolgen auf nicht überwindliche Schwierigkeiten stößt. Schon der Hergang des Unfalls kann aus mannigfachen Gründen (z. B. Mangel an Zeugen, verspätete Unfallanmeldung u. s. w.) zweifelhaft sein. Fast noch häufiger erschwert der Mangel einer genügenden ärztlichen Beobachtung der Folgen des Unfalls und der Entwicklung der Krankheit, die später als Unfallfolge angegeben wird, die Begutachtung. Findet sich z. B. in der Unfallanzeige als Diagnose „Brustquetschung“, liegt dann aus den nächsten Monaten überhaupt kein ärztliches Attest vor, das einen Untersuchungsbefund der Brustorgane enthält, so ist es selbstverständlich unmöglich, zu entscheiden, ob eine Lungentuberkulose, welche bei dem von dem Unfall Betroffenen nach einem Jahre oder später erhebliche Krankheitserscheinungen macht, durch den Unfall hervorgerufen oder verschlimmert worden ist.

Für die Beurteilung des Zusammenhanges zwischen einem Unfall und einer Krankheit ist die Beobachtung der Entwicklung der letzteren von größter Bedeutung. Die große Fehlerquelle, die durch mangelnde ärztliche Beobachtung in den ersten Wochen und Monaten gegeben ist, ist aber vielfach vermeidbar. Hier sollten die Berufsgenossenschaften eingreifen, indem sie in jedem Falle, in welchem nach dem Hergange des Unfalls eine Verletzung innerer Organe auch nur möglich erscheint — also zum Beispiel nach jeder stärkeren Quetschung der Brust oder des Bauches — eine genaue Untersuchung des ganzen Körpers durch ihre Vertrauensärzte bald nach dem Unfall und auch später in gewissen Zwischenräumen veranlassen. Allerdings ist zuzugeben, daß vielfach die verspätete Anmeldung des Unfalls — die oft erst erfolgt, wenn die Krankheit, um die es sich handelt, bereits ziemlich vorgeschritten ist, — die ärztliche Beobachtung der Krankheits-Entwicklung unmöglich macht.

Es gibt andererseits Fälle, in denen zwar der Tatbestand genügend festgestellt ist, aber der Sachverhalt selbst zu Schwierigkeiten der ärztlichen Beurteilung Anlaß gibt. Das sind zunächst solche, in denen die Krankheit sich erst einige Zeit nach dem Unfall zu entwickeln scheint, während unmittelbare Folgeerscheinungen an den in Betracht kommenden Organen, nicht nachweisbar oder mindestens nicht auffällig waren. Man liest in manchen Büchern und Arbeiten über Unfallbegutachtung: um anzunehmen, daß eine Krankheit Folge eines Unfalls sei, müsse eine Kontinuität der Krankheitserscheinungen mit dem Unfall bestehen. Das ist an und für sich natürlich richtig; aber nachweisbar braucht eine derartige Kontinuität für die ärztliche Beobachtung nicht zu sein. Viele innere Krankheiten entwickeln sich unmerklich und können viele Monate oder selbst Jahre latent, d. h. symptomlos bleiben. Als Beispiel hierfür habe ich schon bei einer früheren Gelegenheit die traumatischen Hirnabscesse angeführt, die zuweilen erst Jahre nach der Verletzung Symptome machen, während der autoptische Befund nicht selten den Zusammenhang mit dem Trauma nachweisen läßt oder doch sehr wahrscheinlich macht.

Wir sind demnach sicher nicht berechtigt, den ursächlichen Zusammenhang zwischen Unfall und Krankheit wegen des Mangels einer nachweisbaren Kontinuität abzulehnen. Vielmehr müssen wir uns in derartigen Fällen die Frage vorlegen, ob das „freie Intervall“ zwischen dem Trauma und den ersten Krankheitssymptomen mit unseren sonstigen ärztlichen Erfahrungen vereinbar ist, ob wir trotz dieses Intervalls es für wahrscheinlich halten dürfen, daß der Unfall eine Wirkung auf die Entwicklung der Krankheit gehabt hat. Eine sichere Entscheidung ist in derartigen Fällen meist nicht möglich, außer wenn eine Operation oder die Obduktion den Zusammenhang der Krankheit mit dem vorangegangenen Unfall erweist.

Endlich gibt es Fälle, in denen nach dem gegenwärtigen Stande unseres ärztlichen Wissens eine Entscheidung der Frage, ob zwischen Unfall und Krankheit ein ursächlicher Zusammenhang besteht, unmöglich ist. Wir müssen uns daran erinnern, daß ein unmittelbarer und zwingender Kausalzusammenhang nur zwischen dem Trauma und den von ihm gesetzten Verletzungen besteht. So macht Zerreißung einer Herzklappe Insuffizienz derselben, Durchschneidung oder schwere Quetschung eines motorischen Nerven Lähmung der zugehörigen Muskeln usw. Für alle anderen Folgen, also für sämtliche Krankheitsprozesse im engeren Sinne des Wortes, kommt dem Trauma nur die Rolle eines auslösenden oder begünstigenden Momentes zu. Ist die Aetiologie einer Krankheit noch völlig unsicher, dann können wir auch nicht beurteilen, ob ein Trauma einen auslösenden oder begünstigenden Einfluß auf die Entwicklung dieser Krankheit haben kann. So liegt die Sache z. B. für die bösartigen Geschwülste und für die Leukämie. Zu einer klaren Erkenntnis der Bedeutung des Traumas bei diesen Krankheitsprozessen werden wir erst gelangen können, wenn ihre Aetiologie geklärt sein wird. Würde z. B. der vielfach behauptete, aber bisher nicht erwiesene infektiöse Ursprung dieser Erkrankungen nachgewiesen werden, dann würden wir auch die Bedeutung des Traumas für ihre Entwicklung besser verstehen können. Vorläufig können wir nur sagen, daß die Entwicklung dieser Krankheiten zwar öfters nach Unfällen beobachtet worden ist, daß aber eine Entscheidung darüber, ob hier ein ursächlicher Zusammenhang vorliegt, zur Zeit nicht möglich ist. Es würde offenbar unrichtig und ungerecht sein, die Möglichkeit eines ursächlichen Zusammenhanges in derartigen Fällen abzulehnen. Aber andrerseits ist es auch durchaus verfehlt, von der traumatischen Entstehung des Carcinoms oder der Leukämie wie von einer gesicherten wissenschaftlichen Tatsache zu reden. Der ärztliche Gutachter muß meines Erachtens in solchen Fällen offen eingestehen, daß der jetzige Stand der Wissenschaft nicht erlaubt, ein sicheres Urteil abzugeben.

Selbstverständlich kombinieren sich in der Praxis häufig verschiedene Gründe für die Unsicherheit der Beurteilung. So ist es sehr häufig, daß gerade in Folge verspäteter Unfall-Anmeldung

oder mangelhafter ärztlicher Beobachtung die Kontinuität zwischen dem Unfall und der später sich entwickelnden Krankheit nicht nachgewiesen werden kann. Gleichviel jedoch aus welchen Gründen die Unsicherheit resultiert, jedenfalls hat der ärztliche Sachverständige die Aufgabe, ein möglichst klares Bild von dem Tatbestande zu geben und hierbei auseinanderzusetzen, aus welchen Gründen Zweifel bezüglich der zu entscheidenden Frage bestehen. Lassen sich Momente, welche einen ursächlichen Zusammenhang zwischen Unfall und Krankheit wahrscheinlicher machen als eine bloße zeitliche Aufeinanderfolge, nicht angeben, so muß der Sachverständige zu einem „non liquet“ gelangen. Dies geschieht in der Praxis der Unfallbegutachtung sehr selten, wie es scheint, deshalb, weil die als Sachverständige fungierenden Aerzte der Ansicht sind, sie müssten unter allen Umständen ein bestimmtes Urteil abgeben. So wünschenswert letzteres auch für die entscheidenden Behörden ist, so muß doch der Arzt stets auf dem Boden der Tatsachen bleiben und darf sich nicht — z. B. durch den Wunsch, dem Verletzten oder seinen Hinterbliebenen eine Unfallrente zu verschaffen, — bestimmen lassen, unsichere Behauptungen mit dem Scheine der Sicherheit vorzutragen.

Wer viele Unfallgutachten zu lesen bekommt, wird mir beistimmen, daß nicht ganz selten in derselben Unfallsache von dem einen Arzte die eine, von dem anderen die entgegengesetzte Ansicht über die Frage des Zusammenhanges zwischen Unfall und Krankheit mit größter Bestimmtheit vertreten wird, während in Wirklichkeit beide Annahmen gleich unsicher sind. Es kann keinem Zweifel unterliegen, daß es sowohl für die Sache selbst wie für das Ansehen unseres Standes besser ist, in derartigen Fällen die Unsicherheit der Entscheidung vom ärztlichen Standpunkte klar zu legen und es der Behörde (Schiedsgericht, Reichsversicherungsamt) zu überlassen, ob sie gerade wegen dieser Unsicherheit die Entscheidung in einem für den Verletzten günstigen Sinne treffen will.

Die Bedeutung des im Kniegelenk gelegenen Fettgewebes für die Unfallheilkunde.

Von

Geh. Rat Prof. Dr. **Hoffa**-Berlin.

Die Unfallgesetzgebung macht es dem Arzt zur besonderen Pflicht, bei Krankheiten, die sich an einen Unfall anschließen oder deren Abhängigkeit von einem solchen zum mindesten von dem zu Begutachtenden behauptet wird, den Zusammenhang zwischen der zur Zeit bestehenden Erkrankung und dem angeblichen Unfall klar zu stellen. Daß ein solcher Zusammenhang nicht selten von einem Verletzten konstruiert wird, auch wo er nicht vorhanden ist, liegt auf der Hand und ist keineswegs stets auf eine betrügerische Absicht zurückzuführen; wir sehen ja täglich, welch' große Rolle bei Erkrankungen einem Trauma in ätiologischer Beziehung zugeschrieben wird, auch wenn ein Unfall im Sinne des Gesetzes gar nicht in Betracht kommt. Bei einer großen Reihe von Erkrankungen des Kindesalters z. B. geben die Mütter einen Fall oder eine ähnliche Gewalteinwirkung als unmittelbare Ursache der vorliegenden Erkrankung an. Ebenso wie hier oft de facto das Trauma von keinem Einfluß auf Entstehung und Verlauf der Krankheit gewesen ist, können wir auch nicht immer das, was von den Verletzten als Unfallfolge angesehen wird, als solche anerkennen. Gerade die Unfallgesetzgebung hat unsere Kenntnisse über die Rolle, die Traumen bei der Entstehung und Entwicklung von Krankheiten unmittelbar oder mittelbar spielen, wesentlich vertieft; denn die Anerkennung des Traumas als ätiologischen Momentes ist zu einem Faktor geworden, der in wirtschaftlicher Beziehung für den Verletzten von größter Bedeutung ist.

Der praktische Wert, den unser Gutachten hat, macht uns eine sorgsame Erwägung dieser Frage zur Pflicht. Die Verhältnisse liegen oft recht kompliziert und können einem gewissenhaften Arzte manches Kopfzerbrechen verursachen, zumal bei den Unfallverletzten oft noch Neigung zur Uebertreibung oder gar, wenn auch selten, zu direkter Simulation besteht. Hier ist es oft schwer, ein sicheres Urteil zu gewinnen, ob für die geäußerten Beschwerden eine objektive Unterlage gegeben ist und ob der Befund mit dem als Ursache angegebenen Trauma in einem kausalen Zusammenhange steht.

Das gilt besonders auch für die schmerzhaften Zustände, die sich an Verletzungen anschließen, die von den Patienten als „Gelenk-Verstauchungen oder -Verdrehungen oder -Quetschungen“ bezeichnet werden. So geraten zuweilen Unfallpatienten, die nach einem scheinbar leichten, manchmal nicht sicher festgestellten, Trauma des Kniegelenks, trotz guter Beweglichkeit desselben und kräftiger Muskulatur lange Zeit hindurch über an Intensität wechselnde, allmählich zunehmende Schmerzen des Kniegelenks klagen, in den Verdacht, daß sie ein Krankheitsbild vortäuschen wollten, um sich in den Besitz einer Rente zu setzen. Ich habe in einem am 16. Dezember 1903 vor der freien Chirurgenvereinigung gehaltenen Vortrage[1]) und in einer kleinen Arbeit „Beiträge zur Pathologie und Therapie der Kniegelenkerkrankungen“[2]) auf mehrere noch nicht genügend bekannte Affektionen des Kniegelenkes hingewiesen, die für die Unfallmedizin praktische Wichtigkeit haben. Auf eines dieser Krankheitsbilder, das sich durch die Bildung einer Art von Fettgeschwulst im Kniegelenk charakterisiert, möchte ich heute näher eingehen, da mehrmals die an dieser Affektion leidenden Patienten von anderer Seite als Simulanten bezeichnet worden waren und erst die Feststellung dieser von mir als „fibröse Hyperplasie des Fettgewebes im Kniegelenk“ bezeichneten Erkrankung ihnen zu ihrem Rechte verhalf.

Das Fettgewebe hat in der Pathologie des Kniegelenkes bisher insofern eine Rolle gespielt, als man das von Johannes Müller sogenannte Lipoma arborescens und das solitäre Lipom Königs in nicht zu häufigen Fällen als Krankheitsursache kennen gelernt und beschrieben hat. Unter Lipoma arborescens versteht man bekanntlich jene eigentümliche Krankheit, bei der es sich um eine Wucherung und fettige Infiltration von Gelenkzotten handelt, die so hochgradig werden kann, daß das ganze Gelenk von diesen Fettzotten ausgefüllt, ja hochgradig ausgedehnt werden kann. Es ist keine eigentliche Geschwulst, während das von König sogenannte „solitäre Lipom des Kniegelenkes“ eine echte Geschwulstbildung darstellt, die sich aus dem subsynovialen Fettgewebe entwickelt und in dieser Beziehung dem subperitonealen Lipom vergleichbar ist. Es sind kirsch- bis wallnußartige Tumoren, die gewöhnlich an der inneren Seite des Gelenkes gelegen sind und mit einem Stiel in das Gelenk hineinreichen. Ihre Entstehung stellt sich König so vor, daß durch irgend einen vielleicht traumatisch entstandenen Spalt in der Synovialis das para- und retrosynoviale Fettgewebe in das Gelenk eindringt und hier weiter wuchert.

Diese solitären Lipome sind recht selten, noch seltener glaube ich, als man angenommen hat. In einer Reihe von Fällen, die als Kniegelenkslipome beschrieben worden sind, so z. B. in den Fällen von Lauenstein und Herhold, hat es sich sicher nicht um derartige echte Geschwülste gehandelt, sondern um eine

---

[1]) Deutsche Medizinische Wochenschrift 1904.

[2]) Berliner Klinische Wochenschrift 1904. No. 1 und 2.

andere Affektion des intraartikulären Fettgewebes, nämlich um eine, wie ich sagen möchte, entzündlich fibröse Hyperplasie dieses Gewebes. Ich selbst wurde auf diese Affektion aufmerksam gelegentlich einer Kniegelenkoperation, bei welcher ich einen, wie ich glaubte, abgerissenen Meniscus exstirpieren wollte. Die Menisceu zeigten sich nach Eröffnung des Gelenkes beide intakt. Dagegen traf ich die erwähnte Fettgewebshyperplasie an, die, wie mir später richtig diagnostizierte und dann operierte Fälle zeigten, ein typisches Krankheitsbild bietet. Es handelt sich um eine fibröse Hyperplasie des normaler Weise unter dem Lig. patellae gelegenen Fettgewebes, um ein Krankheitsbild, mit dem ich mich wegen seiner relativen Häufigkeit und praktischen Wichtigkeit hier näher beschäftigen möchte.

An einem gesunden Kniegelenk finden wir hinter dem Lig. patellae drei Synovialfalten, die beiden Plicae alares und die Plica synovialis patellaris. Die Plicae alares bestehen aus Fettgewebe, welches, von einem Bezug der Synovialis bekleidet, in der Form eines lappigen Lipoms von dem vorderen Schienbeinrande aus in die Gelenkhöhle hineinprominiert. Der mittlere Teil dieses Fettgewebes wird von außen her durch das Lig. patellae bedeckt, während seine seitlichen Partieen dieses Band noch um ein gutes Stück überragen. Wichtig ist es, daß dieses Fettgewebe stets mit zwei oder drei Zotten frei in das Gelenk hineinendigt. Von der höchsten Spitze der Plicae alares, genau in der Mittellinie, erhebt sich ein bindegewebiger, aber auch meist fetthaltiger Strang von wechselnder Dicke, der sich in der Fossa intercondyloidea femoris ansetzt, die Plica synovialis patellaris. Auf einem Sagittalschnitt des Kniegelenks präsentiert sich das geschilderte Fettgewebe gewissermaßen als ein Keil, der sich zwischen die überknorpelten Flächen des Femur, der Tibia und Patella einschiebt. Die vordere Seite des Fettgewebes ist mit dem Lig. patellae verwachsen, von demselben im unteren Abschnitt noch durch die Bursa infrapatellaris profunda getrennt. Die obere Seite ist frei und dem unteren Gelenkende des Femur zugewendet; die untere Seite ist nur zeitweise frei, da sie in die Menisceu übergeht und mit dem Periost an der vorderen Seite der Tibia verwachsen ist. Bei einer Zahl gesunder Kniegelenke, auch schon vom ersten Kindesalter an, habe ich stets ein derartiges Verhalten des intraartikulären Fettgewebes feststellen können. Die Größe des Fettkörpers unterliegt individuellen Schwankungen, ist aber keineswegs immer proportional dem Ernährungszustande und dem Fettreichtum des Individuums.

Auf dem Durchschnitt zeigt dieses Fettgewebe ein ziemlich ausgedehntes zartes Netz von Bindegewebszügen, zwischen welchen die einzelnen Fettläppchen liegen. Mikroskopisch ist der Fettkörper an seinen freien Flächen von einem zarten einschichtigen Endothel bekleidet. Seine Oberfläche zeigt spärliche zarte Zöttchen, die besonders nach den oben erwähnten freien Rändern zu an Menge und Größe zunehmen. Diese Zöttchen bestehen aus einem zarten bindegewebigen, endothel-bekleideten Stroma. Das Innere des Fettgewebes besteht aus einem Netz von zartem Bindegewebe mit spärlichen Nerven und geringem Gefäßreichtum. In diesem Netz liegen in sehr gleichmäßiger Anordnung die Fettzellen verteilt.

Das eben beschriebene normale Fettgewebe kann nun gelegentlich in Wucherung, in entzündliche Hyperplasie, geraten infolge Traumen, die das Kniegelenk treffen, oft garnicht sehr erheblicher Natur. Es entwickelt sich dann hinter und zu beiden Seiten des Lig. patellae ein dicker, derber Fettklumpen, der allerdings äußerlich einem Lipom sehr gleichen kann. (Fig. 1.) Von dem beschriebenen normalen Fettgewebe unterscheidet sich eine solche Fettmasse bereits makroskopisch wesentlich in drei Punkten, hinsichtlich ihrer Größe, ihrer Farbe und ihrer Konsistenz.

Die Größe resp. Dickenzunahme der Fettmasse ist oftmals eine recht beträchtliche. Ich habe solche Fettklumpen von weit über Hühnereigröße exstirpiert. Besonders deutlich kommt die Dickenzunahme im sagittalen Durchschnitt der Fettmasse zum Ausdruck. Die Farbe ist entweder eine rein gelbe; häufiger aber findet sich eine rötlich-gelbe Verfärbung, bedingt durch eine reichlichere Gefäßentwicklung in der Fettmasse. Nicht selten bemerkt man hämorrhagische Infiltrationen des Gewebes, ja völlige blutige Extravasate, so daß z. B. eine oder die andere der vorher erwähnten Fettzotten durch das Extravasat völlig



Fig. 1.

eingenommen ist. Solche frische Hämorrhagien findet man namentlich dann, wenn man nach einer frischen Schmerzattaque operiert. Die Konsistenz der exstirpierten Fettmasse ist eine viel derbere als die des physiologischen Fettgewebes, man fühlt schon äußerlich, daß die Fettmasse von einem derben Bindegewebe durchwachsen ist. Auf einem Durchschnitt durch die exstirpierte Masse zeigt sich ein deutliches Netzwerk derber, dicker, weißlicher Bindegewebsstränge, weite gefüllte Gefäßlumina, sowie mehr oder minder ausgedehnte Extravasate, wie sie sich auch auf der Oberfläche, namentlich an den Zotten, vorfinden.

Nach den histologischen Untersuchungen, die mein früherer Assistent Herr Dr. J. A. Becher ausführte, handelt es sich um einen sich im Fettgewebe unter dem Endothel der Synovialis, auch unter Beteiligung der letzteren, abspielenden Entzündungsprozeß, und zwar finden wir an unseren Präparaten alle Stadien der Entzündung. Das unter dem Endothel liegende Fettgewebe wird allmählich durch entzündliches Granulationsgewebe ersetzt. Letzteres wird dem Verlauf des Entzündungsprozesses entsprechend in zunächst zellreiches, streifenförmiges junges Bindegewebe in schmäleren und breiteren Lagen umgewandelt, das strangförmig in die Tiefe zieht. Auch ausgedehnte Nekrosen, im Zentrum die Reste von Blutungen erkennbar, finden sich häufig vor. Zwischen den Bindegewebszügen lassen sich noch hier und da vereinzelte Fettzellen, sowie kleinere Komplexe solcher erkennen.

Schließlich finden wir Bilder, in denen das Endothel auf einem mächtigen Streifen Bindegewebe sitzt. Die Grundsubstanz ist fast homogen, läßt aber noch hier und da breite wellenförmige Bänder erkennen, dazwischen liegen die sehr spärlichen, spindelförmigen Kerne. Vom unteren Rand dieses Bindewebsbandes ziehen dicke Streifen desselben zellarmen Bindegewebes bis in die Tiefe, in das Fettgewebe hinein.

Die geschilderten pathologischen Veränderungen fanden sich an allen von mir exstirpierten derartigen Fettmassen in gleicher Weise. Wir haben es also mit einer wohl charakterisierten Erkrankung zu tun, die wir am besten als „entzündliche Hyperplasie des Fettgewebes unter Durchwachsung des Fettgewebes durch ein derbes fibröses Bindegewebe“ bezeichnen können.

Dieser entzündliche Prozeß ist, da alle anderen ätiologischen Momente fehlen, regelmäßig dagegen ein Trauma angegeben wird, auf letzteres als ursächliches Moment zurückzuführen.

Sein Zustandekommen haben wir uns wohl so vorzustellen, daß bei dem Falle auf das Knie oder bei dem Stoße gegen dasselbe oder bei einer ungewollten ungeschickten Rotationsbewegung das Fettgewebe direkt getroffen wird und kleine Blutungen in dasselbe hinein stattfinden. Damit wird dann ein Reiz zur weiteren zelligen Infiltration des Gewebes gesetzt, und es tritt nun eine Volumzunahme desselben ein. Bei weiterem Gebrauch des Gelenkes klemmen sich nun die vergrößerten Zotten zwischen Femurcondylen und Tibia ein, und damit werden immer neue Reize für die weitere Zunahme der Entzündungserscheinungen gesetzt.

Aber nicht nur äußere Gewalteinwirkungen können den Anstoß zu der Wucherung des Fettgewebes geben, auch von dem Innern des Gelenks kann das Trauma ausgehen, insofern das Fettgewebe durch einen chronischen Reizzustand des Gelenkes selbst in Mitleidenschaft gezogen werden kann. So kommt die Hyperplasie des Fettgewebes nicht selten auch im Anschluss an die Abreißung eines Meniscus (vergl. Fall 4) oder bei dem Vorhandensein eines freien Gelenkkörpers zustande.

Die Einklemmungen der vergrößerten Zotten zwischen die Gelenkkörper machen nun die charakteristischen Erscheinungen, welche die Patienten zum Arzte führen. Es handelt sich um typische Einklemmungserscheinungen, wie sie uns namentlich von den freien Gelenkkörpern her bekannt sind.

Der Verlauf der Erkrankung stellt sich gewöhnlich folgendermaßen dar: In der Regel ist ein Trauma, ein Fall auf das Knie oder ein heftiger Stoß gegen den Fuß oder auch eine Verdrehung des Unterschenkels vorausgegangen, so daß heftige Schmerzen im Knie verursacht wurden. Das Gelenk selbst aber war dabei nicht besonders geschwollen. Oefter war auch wohl ein leichter, zuweilen auch blutiger Erguß als Folge des Traumas im Gelenk nachweisbar gewesen. Durch Ruhelage, Eisumschläge, Massage geht in der Regel der erste Anfall vorbei. Es bestehen aber trotzdem dauernde Beschwerden beim Gehen. Anfallsweise treten Schmerzen auf, in der Regel an der inneren Seite des Gelenks. Daneben bestehen Funktionsstörungen; die einen Patienten können das Knie nicht ordentlich beugen, bei anderen ist im Gegenteil das Durchdrücken des Knies nach hinten unmöglich. Gelegentlich bleibt das Gelenk wohl auch plötzlich in gebeugter Stellung stehen und kann dann nur unter Schmerzen und mit größter Anstrengung gestreckt werden.

Der objektive Befund, den man bei diesen Patienten konstatiert, ist ein charakteristischer. Man findet zunächst die mehr oder weniger erhebliche Quadricepsatrophie. Dann aber ist eine, ich möchte fast sagen, typische Anschwellung des Kniegelenks vorhanden. Diese Anschwellung sitzt bei sonst intaktem Gelenk dicht unterhalb und zu beiden Seiten der Patella. (Fig. 2.) Es ist eine pseudofluctuierende Anschwellung, die das Lig. patellae in die Höhe hebt. Der obere Recessus des Gelenkes ist frei, ebenso bleiben die Gelenkspalten an den Seiten frei. Sobald man aber die Teile seitlich neben der Patella prüft, fühlt man die teigige Anschwellung, die sich bis unter das Lig. patellae verfolgen läßt. Selbstverständlich ist stets ein Vergleich beider Kniee notwendig, am besten in der Weise, daß man die Patienten mit entblößtem Knie vor sich hintreten und die Kniee durchdrücken läßt. Es kommt dann die stärkere Anschwellung zu beiden Seiten des Lig. patellae deutlich zum Ausdruck.

Im Uebrigen ist das Gelenk vollständig intakt. Es findet sich keine Spur eines Ergusses. Die Beweglichkeit des Gelenkes ist meistens eine normale. Bei diesen Bewegungen fühlt die aufgelegte Hand wohl ein leichtes Knarren, das von der rauhen Crepitation, wie man sie bei Veränderungen des Knorpels fühlt, bei einiger Uebung wohl zu unterscheiden ist.

Der geschilderte Befund ist ein so charakteristischer, daß man die Diagnose mit fast absoluter Sicherheit stellen kann. Differential-diagnostisch kommt wesentlich, da das Gelenk sonst intakt ist, die Unterscheidung von einem Dérangement interne, der Abreißung eines Meniscus und dem Vorhandensein eines freien Gelenkkörpers in Betracht. Diese Differentialdiagnose ist zumeist sicher zu stellen. Bei der Abtrennung des Menicus haben wir den typischen Schmerzpunkt, ev. die Schwellung genau im Gelenkspalt; bei Vorhandensein freier Körper aber hilft uns das Röntgenbild, das in unserem Falle bei seitlicher Aufnahme höchstens leichte Schatten in dem normaler Weise hellen Raum zwischen Patella, Femur und Tibia erkennen läßt. Ich habe über 7 derartige operierte Fälle, von welchen ich in 6 die Diagnose gestellt hatte, in dem p. 11 erwähnten Vortrage bereits berichtet.



Fig. 2.

Fünf andere gleichartige Fälle gelangten zur Begutachtung, in zwei von ihnen führte ich die Operation aus. In einem Falle bestand außerdem eine Abreißung des Meniscus medialis; der zuletzt erwähnte Patient bot außer dem Befunde einer Fettgeschwulst noch eine seltene Form des Dérangement interne dar.

Ich lasse nunmehr die Gutachten, die bei den fünf Patienten abgegeben wurden, in gekürzter Form folgen.

1.

Gutachten vom 11. IX. 03: Der Schmied Carl. R. erlitt am 1. Dezember 1902 durch Fall auf das rechte Knie einen Unfall. Es besteht bei dem sonst vollkommen intakten Kniegelenk unterhalb und nach innen von der Kniescheibe eine etwa kirschgroße, pseudofluctuierende Anschwellung, die das Kniescheibenband in die Höhe hebt. Sie besteht aus Fettgewebe, das sich außer durch die Größe auch durch die reichliche darin verwebte Bindegewebsmenge von dem normaler Weise hier befindlichen Fettgewebe unterscheidet. Diese kleine Fettgeschwulst ist die Ursache der Klagen des Patienten. Der Befund rechtfertigt vollkommen die Beschwerden, die R. angiebt und die darin bestehen, daß anfallsweise Schmerzen an der inneren Seite des Gelenks auftreten, daneben Funktionsstörungen bei Bewegungen des Knies im Sinne der Beugung und Streckung bestehen.

Die zweite Frage, ob dieser bei dem p. R. bestehende pathologische Befund des linken Kniegelenks auf den am 1. Dezember 1902 erlittenen Unfall zurückzuführen ist, ist entschieden zu bejahen. In diesem Falle muß man sich die Entstehung der kleinen Fettgeschwulst so vorstellen, daß R. bei dem Fall am 1. Dezember 02 einen leichten Einriß der Kniegelenkskapsel erlitten hat, und daß nun das hier befindliche Fettgewebe, das normaler Weise immer vorhanden ist, durch den Kapselriß durchgewuchert ist. Durch zahlreiche Erfahrungen, die in der neuesten medizinischen Literatur, besonders von mir, niedergelegt sind, ist dieser Befund als ein ganz typischer anzusehen, und ein solch typischer Fall liegt hier vor.

Es trifft daher auch nicht die Ansicht des Herrn Dr. . . . zu, der eine organisierte Neubildung, ein Lipom oder Fettgeschwulst annimmt, sondern wir verstehen unter Lipom in diesem Falle ein durch den Riß der Kniegelenkskapsel hindurchgetretenes Fettgewebe, welches durch eine chronische Entzündung gewuchert ist und pathologischen Charakter angenommen hat.

Durch Operation einschlägiger Fälle und mikroskopische Untersuchungen des betreffenden Präparates ist dieser Befund von uns sehr oft bestätigt worden.

R. leidet an einer Fettgeschwulstbildung des Kniegelenks. Dieser pathologische Befund ist eine Folge des am 1. Dezember 1902 erlittenen Unfalls. Die Beschwerden des p. R. decken sich damit. Nach unserer Schätzung beträgt die als Unfallsfolge eingetretene Verminderung der Erwerbsfähigkeit 10 Prozent.

II.

Gutachten vom 12. April 1904: Der jetzt 52jährige Zimmermann August L. erlitt am 20. Mai 1902 im Betriebe einen Unfall, der als solcher erst durch Beschluß des Reichsversicherungsamts vom 13. Oktober 1903 anerkannt wurde. L. war am 20. Mai 1902 auf einem Holzplatz zusammen mit mehreren Arbeitern mit Balkentragen beschäftigt. Bei Ablegen eines Balkens zum Strecklager empfand L., der das hintere Ende des Balkens absetzte, während die vorn tragenden Zimmerer den Balken noch ein Stück weiter nach vorn zogen, plötzlich einen Ruck im rechten Knie. Er arbeitete zunächst weiter, am Abend aber hatte er Schmerzen und konnte am folgenden Tage nicht weiterarbeiten. Die Erwerbsbeschränkung, die L. durch die Folgen der als Knieverdrehung oder Knieverstauchung angegebenen Verletzung erlitt, wurde auf 20 Prozent veranschlagt. Auf Grund eines Gutachtens des Herrn Dr. . . . vom 8. Dezember 1903 sah sich die . . . . Berufsgenossenschaft veranlaßt, den Verletzten als von den Folgen seines Unfalles wiederhergestellt und völlig erwerbsfähig zu erachten und die Rente aufzuheben.

Als vom Unfall vom 20. Mai 1902 herrührende Beschwerden gibt L. an, daß er oft Schmerzen im Knie habe, bei Tage und bei Nacht, „inwendig drinnen". Bei anstrengender Arbeit und Treppensteigen mit Lasten steigern sich die Schmerzen. Sie ziehen vom Knie aus den Unterschenkel nach abwärts. Wenn er sich längere Zeit in knieender Stellung befände, würde das Knie dick.

Nebenbefund: Leichtes Emphysem, doppelseitige gutgeheilte Malleolarfraktur.

Das rechte Knie ist ein wenig verdickt, wie sich auch durch die heutige Messung ergibt. Die Konturen der das Kniegelenk zusammensetzenden Knochen sind deutlich erkennbar und weichen in ihrer Form nicht von der Norm ab. Trotzdem ist die äußere Form des rechten Kniegelenks verändert. Abgesehen davon, daß es auch im oberen Teile verdickt ist, erscheinen die Gruben zu beiden Seiten der Kniescheibe etwas abgeflacht und die zu beiden Seiten der Kniescheibe befindliche Kapselpartie fühlt sich teigig verdickt an. Ebenso nimmt man eine leichte teigige Vorwölbung, welche das Gefühl der Pseudofluctuation bietet, auch zu beiden Seiten des Kniescheibenbandes (Lig. patellae) wahr, welch letzteres durch die sich unter dasselbe schiebende Schwellung ein wenig von dem oberen Ende des Schienbeins abgehoben ist. Ein Flüssigkeitserguß im rechten Kniegelenk besteht nicht. Die Kniescheibe ist bei Erschlaffung der Muskulatur verschieblich, bei Anspannung des Streckmuskels kann sie fest fixiert werden. Die einzelnen Portionen desselben sind bei dieser Anspannung deutlich zu erkennen, jedoch fühlt sich der Streckmuskel weniger fest an als links, und die Kraft des rechten Beines scheint in geringem Grade herabgesetzt, trotzdem die Umfangmessungen am Oberschenkel rechts und links gleich sind. Die Masse betragen:

	R.	L.
Mitte der Kniescheibe	36½ cm	35½ cm
Unterer Rand	34 „	33½ „
Oberer Rand	34½ „	33¾ „
10 cm unterh. des unteren Kniescheibenr.	44 „	44 „
10 cm oberhalb des oberen „	39 „	39 „
25 cm „ „ „ „	47 „	47 „

Die Beweglichkeit im rechten Kniegelenk ist nicht eingeschränkt. Die Beugung gelingt an beiden Knieen in gleich vollkommener Weise. Bei den Bewegungen fühlt man rechts wie links Gelenkgeräusche, die rechts vielleicht ein wenig stärker sind wie links. Druck auf die rechte Kniescheibe, auf das Kniescheibenband, auf die Innenseite des Oberschenkelknochens und den oberen Teil des Schienbeins wird als schmerzhaft angegeben, in der Kniekehle besteht keine Druckempfindlichkeit. Abnorme Seitenbewegungen bei gestrecktem Knie sind nicht vorhanden. L. kann bei Hebung des linken Beines sicher auf dem rechten Bein allein stehen. Am rechten Knie Krampfaderbildung.

Wir finden somit als Folge des Unfalles vom 20. Mai 1902 eine leichte Verdickung des rechten Kniegelenkes und eine geringe Anschwellung von teigiger Beschaffenheit zu beiden Seiten der Kniescheibe und des Kniescheibenbandes, die sich auch unter das letztere erstreckt. Es ist dies ein Krankheitsbild, auf das namentlich in jüngerer Zeit die Aufmerksamkeit gelenkt worden ist und auf dessen ursächlichen Zusammenhang mit äußeren Gewalteinwirkungen ich besonders hingewiesen habe. Es handelt sich bei dem zu Begutachtenden um eine entzündliche fibröse Hyperplasie (eine bindegewebige Wucherung) des normaler Weise unterhalb und zu beiden Seiten des Kniescheibenbandes befindlichen Fettgewebes. Dieselbe wird hervorgerufen durch eine Gewalt, die direkt einwirkt (Fall, Stoß) oder aber durch eine indirekte Gewalt, eine Verstauchung oder eine Verdrehung des Knies wie in dem zu begutachtendem Falle. Es kommt im Anschluß an eine solche Gewaltseinwirkung zu der erwähnten Wucherung im Fettgewebe, und von dieser Fettgeschwulst erstrecken sich auch einige Ausläufer frei ins Gelenk hinein zwischen die Oberschenkel und Schienbeinknorren. Durch die Reibung und ev. durch Einklemmung von Teilen dieser Fettmasse werden Schmerzen verursacht, die zeitweilig recht heftig werden können. Die Gelenkgeräusche im r. Knie sind zum Teil durch diese Geschwulst bedingt, zum Teil aber rühren sie von einem chronisch entzündlichen Reizzustand her, in dem sich dasselbe schon vor dem Unfall befand; denn auch am l. Knie finden wir Zeichen eines solchen chronischen Reizzustandes vor.

Es ist wohl begreiflich, daß L. durch die Entwicklung dieser Fettgeschwulst, die in Abhängigkeit von dem erlittenen Unfall zu setzen ist, in seiner Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt ist. Die Erwerbsfähigkeit könnte durch Entfernung der Geschwulst wieder völlig hergestellt werden.

L. wird auf Grund der Schädigungen, die er durch die Unfallfolgen erlitten hat, an schweren Arbeiten, Treppen- und

Leiter-Steigen mit Lasten, anhaltendem Knieen gehindert sein. Ich schätze den Grad der ihm durch die Unfallsfolgen erwachsenen Erwerbsbeschränkung auf 20 Prozent.

III.

Gutachten vom 20. Mai 1904.: Der 42jährige Straßenbahnschaffner Z. wollte am 20. November 1903 das Lichtkabel zur Verbindung zweier Straßenbahnwagen einsetzen. Er rutschte dabei mit dem rechten Knie von dem Schalter des Hinterperrons ab und schlug mit dem Knie auf den Zapfen der auf dem Schaltergehäuse befindlichen Kurbel auf. Die auftretenden Schmerzen beachtete er zuerst nicht, sondern meldete sich erst 3 Tage später krank. Ende Januar versuchte er seinen Dienst wieder aufzunehmen, mußte aber nach 2 Tagen sich wieder krank melden. Es bestand damals eine starke Schwellung des Knies. Anfallsweise traten Schmerzen auf, die dadurch eingeleitet wurden, daß Z. ganz plötzlich sein Knie nicht beugen konnte. Das ereignete sich oft mehrmals am Tage. Z. wurde deshalb unserer Klinik überwiesen und am 10. Februar d. J. operiert. Am 30. April wurde er aus dem Heilverfahren entlassen.

Bei der heutigen Untersuchung giebt der Verletzte an, daß er seinen Dienst gut verrichten könnte und keine Schmerzen im Knie habe, nur könne er das rechte Knie nicht so weit beugen wie das linke.

Das rechte Kniegelenk erscheint, von vorn gesehen, breiter als das linke. Die zu beiden Seiten der Kniescheibe und neben der Strecksehne normaler Weise befindlichen Gruben sind rechts abgeflacht, und das Gewebe zu beiden Seiten der rechten Kniescheibe fühlt sich derber an als links. Ein Erguß im Kniegelenk besteht nicht. In den hinteren Partieen sind die Konturen des Knies normal. An den das Gelenk konstituierenden Knochen lassen sich keinerlei Abnormitäten abtasten, wie auch das Röntgenbild die völlige Integrität derselben ergeben hat. An der Innenseite der rechten Kniescheibe zieht eine längs verlaufende Narbe herab von 9 cm Länge und ca. 5 mm Breite. Sie ist von guter Beschaffenheit und nicht druckempfindlich. Auch an den übrigen Teilen des rechten Kniegelenkes sind keine schmerzempfindlichen Stellen vorhanden, auch nicht im Verlaufe des Gelenkspaltes. Die aktive Streckung erfolgt in sehr kräftiger Weise. Die Kniescheibe kann dabei fest fixiert werden; doch fühlt sich der rechte Streckmuskel bei seiner Kontraktion weniger fest an als der linke.

Bei erschlaffter Muskulatur läßt sich die Kniescheibe in den physiologischen Grenzen verschieben. Auch die Beugemuskulatur ist kräftig. Das rechte Knie kann aktiv bis zu einem Winkel von 75—70 Grad gebeugt werden, passiv noch etwas weiter. Links kann das Knie fast bis zur Berührung der Ferse mit der Gesäßmuskulatur gebeugt werden.

Bei den Bewegungen nimmt man in beiden Kniegelenken Geräusche wahr, die rechts ein wenig stärker sind wie links. Beide Kniee befinden sich in ganz leichter X-Stellung. Bei gestrecktem Knie sind rechte seitliche Bewegungen in sehr geringer Ausdehnung möglich, links nicht.

Die vergleichsweise ausgeführten Umfangsmessungen ergeben:

	R.	L.
30 cm oberhalb des äußeren Knöchels	$37^1/_2$ cm	37 cm
Unterer Rand der Kniescheibe	37 „	36 „
Mitte der Kniescheibe	38 „	$37^1/_2$ „
Obererer Rand der Kniescheibe	$38^1/_4$ „	$37^1/_2$ „
15 cm oberhalb des oberen Kniescheibenr.	48 „	51 „

Der Verletzte steht lange und sicher auf dem rechten Bein allein, ohne einzuknicken; sein Gang ist sicher, fest und rasch, ohne Spur vom Hinken. Er unterscheidet sich in Nichts von dem normalen.

Als Nebenbefund besteht bei dem Verletzten: Krampfaderbildung an beiden Unterschenkeln, doppeltseitiger Plattfuß und doppeltseitige Bruchanlage.

Das Vorhandensein von Krampfadern, die Plattfußbildung und die Bruchanlage stehen zu dem Unfall in keinem kausalen Zusammenhange, sie waren schon lange vor demselben vorhanden. Ebenso haben die sowohl am unverletzten wie am verletzten Knie wahrnehmbaren Gelenkgeräusche keine Beziehung zu dem Unfalle. Sie sind die Folgen chronisch entzündlicher Reizzustände in beiden Kniegelenken. Dagegen sind die übrigen Veränderungen, die wir am rechten Knie wahrnehmen, auf den Unfall zu beziehen.

Es hat sich bei dem Verletzten zunächst um eine Verstauchung des rechten Knies mit den üblichen Begleiterscheinungen gehandelt. Im Anschluß an dieselben, wahrscheinlich durch einen leichten Bluterguß, der für die verschiedenen Gelenkbestandteile einen Reiz darstellte, eingeleitet, trat in dem normaler Weise unterhalb und zu beiden Seiten des Kniescheibenbandes gelegenen Fettgewebe eine Tendenz zur Wucherung und zu chronisch-entzündlichen Veränderungen ein, die zur Bildung einer unregelmäßig gestalteten Fettgeschwulst-ähnlichen Masse führte. Es ist dies ein wohl charakterisiertes, als entzündliche fibröse Hyperplasie (bindegewebige Wucherung) des Fettgewebes beschriebenes Krankheitsbild, auf dessen Zusammenhang mit scheinbar unbedeutenden Fällen ich namentlich in letzter Zeit wiederholt hingewiesen habe. Dadurch, daß Ausläufer dieser Fettgeschwulst zwischen die knöchernen Bestandteile des Gelenks sich einklemmen und gequetscht werden, können starke Schmerzen und plötzliche Bewegungsbeschränkungen auftreten. Auf diese Weise entstehen ganz ähnliche „Einklemmungerscheinungen“ wie bei Gegenwart von Fremdkörpern im Kniegelenk oder infolge eines abgerissenen oder verlagerten Meniscus. Die Beschwerden, über die Z. vor der Operation klagte, waren als solche Einklemmungserscheinungen anzusehen. Die Behandlung mußte demnach, um dieselben zu beseitigen, in der operativen Entfernung der geschwulstartigen Massen bestehen. Die Operation wurde am 10. Februar d. J. in meiner Klinik unter Narkose ausgeführt. Das Kniegelenk wurde eröffnet, und die ganze Fettmasse, die etwa die Größe einer Wallnuß hatte, samt ihren Ausläufern entfernt. Der Wundverlauf war reaktionslos. Die Beschwerden sind jetzt völlig gehoben, Schmerzen sind nicht mehr vorhanden.

Fassen wir noch einmal die objektiven Veränderungen zusammen, die sich am rechten Knie und Oberschenkel jetzt nachweisen lassen, so finden wir dieselben bestehend in einer, wenn auch geringen, Verdickung des Kniegelenkes, in einer ebenfalls geringen Lockerung der Seitenbänder, in einer Beschränkung der aktiven Beugefähigkeit des rechten Knies um 25—30° und in einer Verminderung des Muskelvolumens des rechten Oberschenkels. Trotz dieser Veränderungen aber ist in funktioneller Hinsicht kaum eine Störung vorhanden. Der Gang unterscheidet sich in nichts von dem eines Gesunden, und Z. kann, wie er selbst erklärt, seinen Dienst ohne Beschwerden gut verrichten. Eine gewisse Steifheit des Knies ist das einzige, worüber er klagt. Diese Verminderung der Beugefähigkeit des Knies kommt für die berufliche Tätigkeit des Verletzten und für seine Erwerbstätigkeit nur wenig in Betracht. Die übrigen objektiven Symtome aber sind derart, daß sie trotz des in funktioneller Hinsicht ausgezeichneten Zustandes des rechten Beines es nicht rechtfertigen, Z. z. Zt. für völlig erwerbsfähig zu erklären. Obwohl er selbst angiebt, seinen Dienst wieder gut versehen zu können, dürfen sie bei der Beurteilung nicht außer Acht gelassen werden.

Der Zustand des Verletzten wird sich voraussichtlich noch weiter bessern, da im Laufe der Zeit die Muskulatur des Oberschenkels sich kräftigen und auch die Lockerung der Seitenbänder verschwinden wird. Auch die noch vorhandene geringe

Beschränkung der Beugung des Knies wird sich unter dem Einfluß der Tätigkeit bessern. Auf Grund der geschilderten Veränderungen erscheint Z. großen Anstrengungen noch nicht voll gewachsen; ich schätze den Grad der Erwerbsbeschränkung, der ihm als Folge des Unfalls erwachsen ist, zur Zeit auf 20 Prozent.

Am 22. August 1904 sucht Z. die Klinik wieder auf, da er seit 5 Tagen wieder Schmerzen in der rechten Kniekehle verspürt. Bisher fühlte er sich beschwerdefrei und hat seinen Dienst voll versehen können.

Es besteht starker Hydrops genu.

Es wurde dreimal die Punktion des Kniegelenks ausgeführt, die jedesmal rein seröse Flüßigkeit in einer Menge von 40—30 cbm ergab. Nach der Punktion Kompressionsverbände und Massage.

15. Oktober 1904: Die Schwellung des rechten Kniegelenks tritt nicht wieder in gleicher Stärke auf. Gleichzeitig mit der Abnahme des Ergusses zeigen sich Symptome, die auf das Vorhandensein eines freien Körpers im Kniegelenk schließen lassen. Zeitweise gelingt es, einen etwa bohnengroßen Körper zu tasten. Derselbe ist sehr beweglich, sodaß er manchmal an der Außenseite, manchmal an der Innenseite der Patella wahrzunehmen ist und dem tastenden Finger leicht entschlüpft.

21. Oktober: Der freie Körper ist jetzt nach innen und unten von der Kniescheibe zu fühlen, es besteht noch ein leichter Erguß; im Uebrigen ist der Befund derselbe, wie im Gutachten geschildert. Jedoch ist eine Lockerung der Seitenbänder nicht mehr vorhanden und die Beugung fast vollkommen möglich. Das Röntgenbild zeigt keinerlei Knochenveränderungen und läßt von einem Fremdkörper nichts erkennen.

22. Oktober: Operation in Narkose. Man findet etwa einen Eßlöffel seröser Flüßigkeit. Ein freier etwa bohnengroßer Körper von glatter knorpelartiger Beschaffenheit wird entfernt. Naht.

27. Oktober: Reaktionsloser Verlauf, Entfernung der Nähte.

1. November: Beginn der Massage und Gymnastik.

19. November. Beugung des Knies bis 50 Grad, ebenso weit wie links, aktiv ausführbar. Keine seitlichen Bewegungen möglich, Beugung wie Streckung des Knies ist kräftig, subjektiv keinerlei Beschwerden.

IV.

Gutachten vom 17. November: Der 34jährige Oberleutnant Graf St. wurde am 9. April 1904 in einem Gefecht von einem Meldereiter angeritten, wobei das Kochgeschirr des Letzteren das linke Knie des Offiziers an der Innenseite traf und es nach hinten drückte. Außerdem erlitt Graf St. eine Zerrung der an der Innenfläche des Oberschenkels nahe der Leistengegend ansetzenden Muskeln (Adductoren). Der Verletzte wurde lange Zeit hindurch mittels Massage, Bädern und gymnastischen Kuren behandelt, ohne Erfolg. Er klagt jetzt über Beschwerden beim Gehen; namentlich Gehen auf unebenem Terrain, Bergsteigen und Treppensteigen sei schmerzhaft.

Bei der heutigen Untersuchung läßt sich an den das Kniegelenk konstituierenden Knochen nichts Abnormes feststellen. Ein Erguß im Gelenk besteht nicht. Die Kniescheibe ist gut verschieblich und kann bei Anspannung des Streckmuskels des Knies fest fixiert werden. Das linke Knie ist im ganzen nicht verdickt. Zu beiden Seiten des Kniescheibenbandes aber nimmt man links eine leichte pseudofluktuierende Anschwellung wahr, welche das Band deutlich von der Unterlage abhebt und unter dasselbe herunterreicht. Im hinteren Teile des inneren Gelenkspalts besteht leichte Druckempfindlichkeit. Das linke Knie kann aktiv leicht bis zum rechten Winkel gebeugt werden, weitere Beugung ist mit Schmerzen verbunden, ist aber auch aktiv vollkommen ausführbar. Bei Beugung und Streckung des linken Knies nimmt man starkes Knacken und Knirschen wahr. Ein knirschendes Geräusch fühlt man auch beim Andrücken der Kniescheibe und des Kniescheibenbandes gegen die Unterlage. In Streckstellung des Knies sind keine seitlichen Bewegungen möglich, ebenso keine abnormen Rotationsbewegungen des Unterschenkels bei Beugung. Die Seitenbänder und Kreuzbänder sind also intakt. Am rechten Knie ist Beugung und Streckung vollkommen frei. Leichte knackende Geräusche sind auch hier wahrnehmbar.

Die vergleichsweise ausgeführten Umfangsmessungen ergeben:

	R.	L.	
15 cm unterhalb des unteren Kniescheibenrandes	39	39½	cm
Unterer Rand der Kniescheibe	38	38½	„
Mitte der Kniescheibe	40½	40½	„
Oberer Rand der Kniescheibe	40½	40½	„
10 cm oberhalb des oberen Kniescheibenrandes .	48	48	„
20 cm oberhalb des oberen Kniescheibenrandes .	58½	58½	„

Der linke Streckmuskel fühlt sich, trotzdem durch das Bandmaß keine Umfangsverringerung festzustellen ist, schlaffer an als der rechte. Bei seiner Zusammenziehung treten seine einzelnen Portionen weniger scharf hervor als rechts. Eine leichte Druckempfindlichkeit besteht an der Ursprungsstelle der Adduktoren (Reitmuskeln).

Der jetzige Befund ist zweifellos eine Folge des am 9. April d. J. erlittenen Unfalls. Es handelt sich bei dem Verletzten um die Abreißung des inneren Kniegelenksmeniscus und um die Bildung einer Art von Fettgeschwulst unterhalb und zu beiden Seiten der Kniescheibe. Die Abreißung des Meniscus ist die direkte Folge der Verletzung und ihr Zustandekommen auf Grund des geschilderten Mechanismus wohl zu erklären. Der dauernde Reiz des Gelenks durch den abgerissenen Meniscus hat zu einer entzündlichen Wucherung des intraartikulären Fettgewebes geführt, zu der von mir als „fibröse Hyperplasie des Fettgewebes" beschriebenen Geschwulstbildung. Es ist sehr wohl möglich, daß durch den ständigen Reiz des verlagerten Meniscus die weitere Vergrößerung der Fettgeschwulst noch begünstigt wird, und daß durch Einklemmung der Fettgeschwulst zwischen die knöchernen Gelenkteile zeitweise eine völlige Gebrauchsunfähigkeit des linken Beines verursacht werden kann.

Um den Verletzten wieder dienstfähig zu machen, ist die Operation notwendig, die in der Entfernung der Geschwulstmasse und des abgerissenen Knorpelstücks (Meniscus) zu bestehen hat. Die Behandlung dürfte ca. 8 Wochen in Anspruch nehmen.

V.

Gutachten vom 8. Oktober: Der 29jährige Schlosser Eduard G. erlitt im März 1902 dadurch einen Unfall, daß eine ca. 4 kg schwere Schraubzwinge ihm auf das rechte Knie fiel. Es bestand damals starke Schwellung desselben. G. war 3 Wochen arbeitsunfähig, wurde aber noch ein viertel Jahr hindurch massiert. Er bezog wegen der Unfallsfolgen bisher eine Rente von zehn Prozent. Ende September d. J. suchte er zum ersten Mal unsere Klinik auf. Er klagt über leichte Ermüdbarkeit und Schmerzen unter der rechten Kniescheibe und in der Kniekehle sowie über eine zeitweise sich einstellende Empfindlichkeit im Bereich des Gelenkspalts, namentlich in dessen äußerem Teile. Mitunter sei die Beweglichkeit des linken Knies stark beschränkt, sodaß er dasselbe zeitweise kaum bis zum rechten Winkel beugen, manchmal nicht vollkommen strecken könne.

Das rechte Knie ist nicht verdickt; zu beiden Seiten des rechten Kniescheibenbandes findet sich aber eine leichte pseudofluktuierende Vorwölbung, die das genannte Band etwas von der unterliegenden Tibia abhebt. Im Uebrigen sind die Konturen des rechten Knies bei Betastung und Betrachtung nicht verändert. Der rechte Streckmuskel (Quadriceps) ist schlaffer und wesentlich

schwächer als der linke (Umfang rechts $45^1/_2$, links an entsprechender Stelle 48 cm). Dicht neben der Kniescheibe im Gelenkspalt besteht Druckempfindlichkeit, namentlich nach außen von der Kniescheibe.

Beugung und Streckung des rechten Knies ist aktiv vollkommen ausführbar; beim Uebergang aus extremster spitzwinkliger in leichtere Beugung fühlt man jedesmal ein lautes Knacken. Sonst sind keine Geräusche wahrnehmbar. Abnorme seitliche Bewegungen sind bei gestrecktem Knie nicht ausführbar. Bei gebeugtem Knie läßt sich der Unterschenkel in abnormer Weise nach innen rotieren.

Das Röntgenbild zeigt die Unversehrtheit der Femurcondylen. Die Eminentia intercondyloidea ist an ihrem äußeren Teile von der oberen Schienbeingelenkfläche abgehoben und aufgefasert und ragt, leicht gedreht, zum Teil nach aufwärts, sodaß sie in ihrer obersten Partie vom unteren Femurende gedeckt ist. Im äußeren Teile ist der von ihr auf der Platte entworfene Schatten sehr schwach.

Der festgestellte Befund macht die Beschwerden des G. und ihren Zusammenhang mit dem Unfall im Jahre 1902 durchaus glaubhaft; da eine andere Verletzung als die im März 1902 im Betriebe erfolgte nicht in Frage kommt, müssen wir den jetzigen Zustand als Unfallsfolge ansehen. Es handelt sich bei G. um einen Abriß des als Ansatzstelle für das vordere Kreuzband dienenden kleinen Höckers an der oberen Schienbeinfläche und um Entwickelung einer Art Fettgeschwulst unterhalb und zu beiden Seiten der Kniescheibe. Die Entstehung derartiger aus entzündlichen Wucherungsprozessen im Fettgewebe hervorgehender Fettgeschwülste haben wir nach Verletzungen nicht selten beobachtet. Um die weitere Vergrösserung der Geschwulst und das Auftreten neuer Reizzustände durch das abgerissene Knochenstück zu verhindern, empfehle ich die operative Behandlung.

Operation am 26. Oktober 1904: Längsschnitt am medialen Rande der Patella, Entfernung des subpatellaren Fettgewebes. Der innere Condylus ist an seiner vorderen und unteren Fläche etwas injiziert. Der äußere Meniscus ist zum Teil losgelöst und wird in diesem Bereiche exstirpiert. Die Eminentia intercondyloidea ist gelockert und von der oberen Gelenkfläche der Tibia losgelöst. Sie befindet sich im Zusammenhang mit dem Lig. cruciat. ant., mit dem sie exstirpiert wird. Dabei zeigt sich, daß die Loslösung nicht bloß den knorpligen Ueberzug der Eminentia intercondyloidea betraf, sondern, daß auch die knöcherne Eminentia mit abgerissen war. Nach ihrer Entfernung befindet sich an der entsprechenden Stelle der tibialen Gelenkfläche eine leichte Delle. — Naht. Volkmannsche Schiene. 3. November 1904: Entfernung der Hautnähte, Wunde primär geheilt. 15. November: Beugung des Knies aktiv ohne Schmerzen bis 70 Grad möglich. Behandlung noch nicht abgeschlossen.

Es ist bereits eine ziemlich große Zahl von Fällen von Hyperplasie des intraartikulären Fettgewebes, die zu meiner Beobachtung gelangt sind. Die fünf eben erwähnten wurden mir zur Begutachtung zugesandt, zwei von ihnen waren der Klinik als „Simulanten" überwiesen worden. Man wird nun aus äußeren Gründen nicht stets in der Lage sein, die einzig rationelle Therapie, die Exstirpation der Geschwulst anzuwenden, da gerade bei den Unfallpatienten die Genehmigung zur Operation von verschiedenen Momenten abhängig ist. Wo es möglich ist, soll man aber den bei Beherrschung der Asepsis durchaus ungefährlichen Eingriff nicht unterlassen. Nach der Operation wird man den Verletzten zunächst noch eine Uebergangsrente von 10—20 Prozent gewähren, die nach ein oder zwei Jahren zum Wegfall gelangt. Befreien wir den Verletzten aber von seiner Geschwulst nicht, so werden die immer wieder aufs neue eintretenden Einklemmungserscheinungen den chronischen Reizzustand des Gelenkes steigern und damit zu einer weiteren Volumenszunahme des Fettgewebes und seiner Zotten führen. Je größer aber die Geschwulst, um so leichter und heftiger werden sich die Einklemmungserscheinungen wiederholen: ein stetiger Circulus vitiosus, der die Erwerbsfähigkeit des Verletzten naturgemäß in immer höherem Grade herabmindern wird.

Die wiedergegebenen Gutachten zeigen, daß der beschriebenen Geschwulstbildung eine hohe praktische Bedeutung zukommt, eine Bedeutung, die gerade auf dem Gebiete der Unfallheilkunde zur Geltung kommen muß, will man sich nicht der Gefahr aussetzen, aus Unkenntnis einem Verletzten sein Recht zu schmälern und ihm die Frucht einer wohlwollenden Gesetzgebung zu versagen.

Zur Behandlung infizierter Bulbuswunden.

Von

Prof. Dr. **P. Silex**-Berlin.

Die Behandlung infizierter Bulbuswunden dürfte ein gewisses praktisches Interesse haben, einmal wegen der Erfolge, die wir gelegentlich in anscheinend schon verzweifelten Fällen erzielen, und dann wegen der therapeutischen Richtung, die in den letzten Jahren Platz gegriffen hat. Mit dem ulcus corneae serpens, das wenn man will, auch hierher gerechnet werden könnte, wollen wir uns nicht beschäftigen. Bei diesem liegt auch immer eine Verletzung vor, die von irgendwoher infiziert wird, aber es nimmt eine Sonderstellung ein, und wir würden mit seiner Besprechung den Rahmen dieser Arbeit überschreiten.

Die Verletzungen haben die verschiedensten Ursachen. Stich- und Schnittwunden mit Messer und Scheere, letztere namentlich bei Kindern, Eisen- und Kupfersplitterverletzungen, gelegentlich durch kleinste Partikel, ein anderes Mal durch große Stücke, Schläge mit der Faust, Ruten, mit Stiefelabsätzen und andere Momente mehr kommen aetiologisch in Betracht. Auch die willkürlichen operativen Bulbuseröffnungen (Iridectomie, Staroperation) gehören hierher.

Bisweilen sehen wir selbst nach schweren Verletzungen keine oder keine nennenswerte Reaktion. So erinnere ich mich eines Falles, bei dem einem Studiosus mit dem Rapier der vordere Bulbusabschnitt in horizontaler Richtung und weit nach hinten in die Sclera durchschlagen war. Er bekam einen Verband, wurde ins Bett gelegt, und der Stich heilte linear ohne wesentliche Nachteile zu hinterlassen, in kurzer Zeit aus. Und gar nicht selten sind die Beobachtungen von Fällen, wo Eisensplitter bis zur Netzhaut hin vordringen und reaktionslos einheilen. Ein mir bekannter Schlossermeister trägt solch einen Eisensplitter schon 24 Jahre in seinem Auge, ohne daß die Sehkraft Schaden genommen hat. Wir müssen in solchem Falle annehmen, daß es sich um reine Riß- und Schnittwunden handelt und daß eine Infektion nicht stattgefunden hat. Es sind dies glückliche Zufälligkeiten, denn Infektionskeime finden sich stets in Mengen an den Cilien und im Konjunktivalsack, auch in dem anscheinend normalen. Und in großen Mengen finden sie sich in der veränderten Konjunktiva, wie sie der in Ruß und Staub tätige Arbeiter fast immer hat.

Die Hauptquelle für die Infektion aber bildet der Tränensack. In dem schleimig eitrigen Sekret der chronischen Blenorrhoe des Tränensackes wimmelt es von pathogenen Mikroorganismen, die sofort an der ihrer schützenden Epitheldecke beraubten Stelle der Bulbuswand ihre deletäre Wirkung entfalten.

Besonders zahlreich sind die Pneumokokken vertreten, die in gewissem Sinne das spezifische Agens für das ulcus corneae abgeben. In dieser steten Gefahr, in der das Auge bei Blenorrhoe des Tränensackes schwebt, liegt die Berechtigung eines energischen Kampfes gegen das Leiden, namentlich bei solchen Patienten, die nicht in der Lage sind, sofort rationelle ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen. Hier ist das beste Verfahren die Extirpation des Tränensackes, die noch häufiger als es jetzt geschieht, vorgenommen werden sollte. Das danach gelegentlich zu konstatierende Tränen kann lästig sein, aber die Gefahr für den Bestand des Auges ist beseitigt.

Liegt nun eine solche oder andere Infektionsquelle vor, so wird es, namentlich wenn es sich um Rißwunden handelt, leicht zur Infektion kommen. Schon bald nach dem Unfall stellen sich heftige Schmerzen in Stirn und Auge ein, die Lider sind geschwollen, die Bindehaut desgleichen, beim Oeffnen des Lides fließt eine größere Menge von schmutziger Tränenflüssigkeit ab, die Hornhaut ist in verschiedener Intensität getrübt. Die Vorderkammer enthält Eiter, ein Einblick in das Innere des Auges ist nicht möglich, das Sehvermögen ist auf ein Minimum gesunken. Die Symptome steigern sich, es kommt zur sogenannten Panophthalmie, d. h. dem Zustand, bei dem alle Bulbusteile von Eiter durchsetzt sind. Meist sind die Beschwerden unerträglich, und der Patient willigt dann gern ein in die Unschädlichmachung des Augapfels (Exenteration oder Enucleation). In anderen Fällen entwickelt sich eine schleichende Entzündung mit dem Ausgang in Phtisis bulbi und nur in einzelnen wenigen Fällen kommt es zur Resorption des Exsudates mit mehr oder weniger vollständiger Restitutio ad integrum.

Diesen letzten uns von der Natur vorgezeichneten Endausgang nun häufiger zu erzielen, ist das Bestreben jedes Arztes, und man hat die verschiedensten Wege zur Erreichung desselben einschlagen zu müssen geglaubt. Es gab eine Zeit, und sie datiert noch nicht lange zurück, in der man fatalistisch die Sache gehen ließ und höchstens zur Applikation feuchter Wärme, die den Stoffwechsel anregen sollte, sich entschloss. So wurden z. B. infizierte Staraugen vielfach behandelt. In Parenthese sei hier bemerkt, daß trotz aller anti- und aseptischer Maßnahmen immer noch eine ganze Anzahl von Staroperationen an Infektion zugrunde gehen. Wer dies auf Grund der vielfach herausgegebenen glänzenden Statistiken nicht glaubt, der braucht nur in konsultierender Praxis und in großen Polikliniken sich der Mühe unterziehen, die Fälle zu sammeln, und er wird mehr finden, als er vermutet hatte. Der Standpunkt des Gehenlassens ist aber nicht gerechtfertigt, weil man doch in einer Reihe von Fällen durch zielbewußtes Vorgehen Resultate erzielen kann.

An einigen Beispielen sei es mir gestattet, die Behandlung zu besprechen.

Es kommt ein Mann, dem vor einigen Tagen ein Stahlsplitter in die Hornhaut geflogen ist. In der Fabrik hat man ihn mit einer Federpose entfernt. Zwei Tage waren die Beschwerden gering. Jetzt seien heftige Schmerzen da, das Auge träne permanent, und die Sehkraft sei stark vermindert.

Wir finden Chemose, eine eitrig infiltrierte Stelle in der Hornhaut und diffuse milchgraue Trübung derselben; die Pupille ist eng. Das erste Augenmerk ist, wie immer in solchem Fall, auf den Tränensack zu richten. Eitrige Massen fließen beim Druck auf den Sack aus dem Tränenpunkt heraus.

Das ratsamste ist es, sofort zur Exstirpation zu schreiten. Geht dies aus bestimmten Gründen nicht, so spalten wir den Tränensack von außen, tamponieren mit Jodoformgaze und lassen allmählich unter gleichzeitiger Behandlung der Sackschleimhaut mit dem scharfen Löffel oder mit Argentum nitricum die Wunde zuheilen. Die infiltrierte Stelle der Cornea wird mit der Glühschlinge ausgebrannt und Jodoform aufgepudert. Daneben Atropin und ein feuchter Sublimat-Mullverband (Monoculus).

In der Mehrzahl der Fälle gehen alle Erscheinungen prompt zurück, und es bleibt nur eine macula corneae übrig. Schreitet das Infiltrat fort, so wird die Galvanokaustik am nächsten Tage wiederholt. Ein kleines Hypopyon kann unberücksichtigt bleiben. Ist es groß, so wird nach der Galvanokaustik eine Punktion der vorderen Kammer gemacht.

Unter Umständen empfiehlt es sich, bei der Ausbrennung des Geschwürs gleich die Hornhaut zu perforieren. Ist das Geschwür trotzdem am andern Tage wieder beträchtlich, so lüftet man die Wundränder mit dem Spatel und läßt den Eiter nochmals abfließen. Viele führen mit dem Spatel gleich antiseptische Flüssigkeit ein. Ich habe von dieser Maßnahme, ganz abgesehen davon, daß es außerordentlich schwer fällt, die Flüssigkeit in die vordere Kammer zu bringen, nie einen wesentlichen Nutzen gesehen.

Ein anderer Patient hat sich mittels eines Drahtes durch die Sclera hindurch den Glaskörper infiziert. Chemosis, Conjunctiva an der Einstich-Stelle schmutzig belegt, Kammerwasser trübe, Pupille eng, Exsudat daselbst, ein gelblicher Schein aus dem Corpus vitreum, Sehvermögen stark herabgesetzt. Man kann versuchen mit Atropin, feuchtem Verband, Bettruhe, Darreichung von Calomel innerlich, des Prozesses Herr zu werden. Bisweilen gelingt dies, meist aber ist am folgenden Tage eine Verschlimmerung zu konstatieren, und oft ist durch das Abwarten ein nicht gut zu machender Schaden entstanden.

Deshalb ist es meines Erachtens ratsamer, gleich ein energisches Vorgehen einzuschlagen. Außer den beschriebenen Encheiresen säubern wir den Konjunktivalsack, lockern mit Pinzette und Scheere die Konjunktiva in der Umgebung der Wunde, gehen mit dem spitzen Paquelin-Brenner tief in den Glaskörper hinein (endoculare Galvanokaustik) und vernichten die infiltrierte Partie. Gelegentlich sieht man danach gute Resultate, ein andermal schreitet der Prozeß fort, und es kommt danach zur Panophthalmie; ein drittes Mal entwickelt sich eine schleichende Iridochorioditis, die wegen Befürchtung einer sympathischen Ophthalmie die Enucleation notwendig macht, und ein viertes Mal kommt es zur Bildung von Glaskörpersträngen mit secundärer Ablatio retinae. —

Ein Kind hat sich mit der Scheere die Hornhaut, Regenbogenhaut und Linse verletzt. Ein Teil der Iris ragt aus der Rißöffnung heraus, die Hornhaut ist schmutzig verfärbt, ein kleines Hypopyon ist sichtbar. Ich rate, in Narkose die Iris zu fassen, vorzuziehen, abzuschneiden und die im Stichkanal noch befindlichen Teile mit Spatel zu reparieren. Eventuell erweitere man ein wenig den Riß und lasse die gelblichen Linsenmassen abfließen. Bisweilen können die zähen, klebrigen Flocken besser durch Aspiration entfernt werden, doch hüte man sich vor Glaskörperverlust; nachher Atropin, Verband und Bettruhe. Wenn sich ein Hypopyon zeigt, und wenn schon deutlich schwere entzündliche Erscheinungen vorhanden sind, halte ich ein gleiches Verfahren für indiziert und daneben subkonjunktivale Injektion von Sublimat 1 : 1000 oder Hydrargyrum oxycanatum 1 : 2000. Eine zuverlässige Erklärung, in welcher Weise diese Antiseptica eine günstige antiseptische Beeinflussung aufs Augeninnere ausüben, kann nicht gegeben werden. Andre, die den Wert der Einspritzung nur in der Anregung des Stoffwechsels sehen, bevorzugen die subkutane Verwendung von Chlornatriumlösung (4 %). Letztere ist weniger schmerzhaft, ruft keine Aetzwirkung hervor und dürfte therapeutisch das Gleiche leisten. Waren die Wundränder schon infiltriert, so sind sie galvanokaustisch zu sterilisieren, und falls sie weit klaffen, mittelst der Kuhnt'schen Konjunktivalplastik zu schließen. Bei diesem Verfahren, das in sehr vielen Fällen, so z. B. bei Ulcus corneae serpens vorzügliche Dienste leistet,

werden die Defekte durch einen gestielten Konjunktivallappen gedeckt und letzterer durch Suturen befestigt.

Als typisches Beispiel unsres Vorgehens bei der Infektion kann eine unglückliche Staroperation gelten. Patient ist am Vormittag glatt operiert, ein Tränensackleiden war vielleicht nicht nachweisbar, oder unsaubere Instrumente wurden in die vordere Kammer eingeführt oder mit dem sauberen Spatel wurden vom Konjunktivalsack her, der sich auf keine Weise völlig sicher aseptisch herstellen läßt, Infektionskeime ins Auge gebracht. Bereits am Abend sind Schmerzen vorhanden, wir sehen bei der Entfernung des Verbandes in großer Menge schmutzige Tränenflüssigkeit zwischen den Lidern hervorquellen. Das Auge ist gerötet, lichtscheu, die Wundränder sind grau verfärbt, doch läßt sich eine sichere Diagnose nicht stellen. Am nächsten Morgen sind die Lider stark geschwollen, die Wundränder graugelb infiltriert, wir sehen ein großes Hypopyon und eine Verfärbung des Irisgewebes. Will man in solchen Fällen etwas erreichen, so warte man aus Besorgnis wegen der Stimmung des Patienten nicht lange ab, sondern gehe, sobald die Diagnose der Infektion gestellt ist, gleich radikal vor, und sei es um Mitternacht. Wegen der oft unvermeidlichen Rücksichtnahme von seiten des Arztes, werden im allgemeinen Patienten der dritten Klasse sich besser stehen als die der sogenannten ersten.

Was aber soll geschehen? Ich bringe den Patienten sofort in das Operationszimmer und gebe, falls mir nicht eine allgemeine Narkose rationell erscheint, reichlich Cocain. Wenn möglich, d. h. wenn es überhaupt gelingt, den Bulbus nach unten zu ziehen, wird ein Konjunktivallappen gebildet. Ein solcher Lappen schützt die Wunde und bringt durch seine zahlreichen Gefäße oft eine nicht geahnte Heiltendenz. Mittels eines Spatels oder einer Lanze öffnen wir die Wunde und lassen das Kammerwasser mit dem Hypopyon abfließen. Jetzt wird sorgfältig bei fokaler Beleuchtung alles infiltriert aussehende Hornhautgewebe mit der Glühschlinge verbrannt. Diese Sterilisierung dürfte derjenigen durch konzentrierte Karbolsäure, Sublimatlösung usw. wegen der genauen Abgrenzungsmöglichkeit vorzuziehen sein.

Hierauf führen wir Jodoform in die vordere Augenkammer ein. Es ist dies ein Verfahren, auf welches besonders Haab und Ostwalt die Aufmerksamkeit gelenkt haben. Das Hineinschieben macht gelegentlich große Schwierigkeiten. Hat man reines, pulverisiertes Jodoform, so wird man am besten einen Troikart verwenden. Das Einschieben des Pulvers durch Spatel, Löffel, Sonde etc. gelingt meist nicht. Besser verwertbar sind Jodoform-Plättchen und Stäbchen (zu beziehen aus der Apotheke „am Kreuzplatz“ in Zürich). Dieselben sind aseptisch hergestellt und müssen natürlich mit sauberen Instrumenten gefaßt werden. Sie liegen längere Zeit in der Vorderkammer, lösen sich allmählich auf und sollen daselbst ihre antiseptische Wirkung entfalten. Indessen leugnen dies einige Autoren und vindizieren dem Jodoform nur eine entwicklungshemmende Eigenschaft auf die Mikroorganismen. Zuerst spendeten alle Operateure dieser Methode uneingeschränktes Lob, und es liegt eine große Anzahl von Beobachtungen vor, in denen es gelang, anscheinend verlorene Bulbi durch sie zu retten. In letzter Zeit ist die Begeisterung geringer geworden. Man hat nämlich mehrfach gesehen, daß derartig behandelte Bulbi zwar nicht an Panophthalmie zu Grunde gingen, daß sich aber eine schleichende Iridochorioiditis entwickelte, die zur sympathischen Entzündung des zweiten Auges führte. Ein solcher Ausgang muß selbstverständlich zur Vorsicht mahnen. Ich selbst habe ebenfalls derartige Fälle zu beobachten Gelegenheit gehabt, und gebe daher reinem pulverisiertem sterilisiertem Jodoform den Vorzug. (Jodoform wird in Karbolsäure, die man unter einer Glasglocke verdunsten läßt, sterilisiert.)

Wenn man will, kann man diesen Eingriff mit subkonjunktivalen Injektionen, Atropineinträufelungen und feuchten Verbänden kombinieren. Ausgehend von dem Gedanken, daß ein schlaffer Körper die Mikroorganismen schlechter überwindet, als ein gesunder, lege ich auf Bettruhe weniger Wert, gebe aber Wein, Chinin innerlich, und sorge für gute, kräftige Ernährung. Infiltrieren sich die Wundränder von Neuem, so wird nochmals gebrannt und Jodoform aufgepudert. Doch ist dann in der Regel die Hoffnung auf Erfolg nur minimal.

Noch zu erwähnen ist das in letzter Zeit besonders warm von Schirmer empfohlene Verfahren der Applikation grosser Quecksilbergaben. Er macht Schmierkuren von 6—8 gr pro die und spritzt ausserdem Quecksilber intraglutaeal ein. Kombiniert hiermit kommen die verschiedenen schon erwähnten therapeutischen Maßnahmen zur Anwendung. Ich habe, weil theoretisch die Sache plausibel erscheint schon vor etwa 15 Jahren als Assistent Schweiggers die Schmierkur in großen Dosen versucht, ohne allerdings in praxi so glänzende Resultate zu erzielen. Ich hatte immer den Eindruck des Ueberwiegens der anderen gleichzeitig in Bewegung gesetzten therapeutischen Faktoren. Immerhin ist in schweren Fällen auch dies Verfahren heranzuziehen.

Wenn wir nun auch ein gutes Stück Weges weiter gekommen sind als früher, wo man resigniert der um sich greifenden Eiterung zusah, so sind wir doch noch weit vom Ziel entfernt, und so manches Auge wird noch wie früher durch Eiterung zugrunde gehen. Es erklärt sich dies aus der Zartheit des Organes, seiner wenig zugänglichen Lage, und vor allem aus dem Umstande, daß wir am Auge mit jedem Millimeter rechnen müssen. Für den Patienten ist es schließlich gleichgültig, ob er die Transparenz seiner Hornhaut durch Vereiterung oder durch die hilfebringende Galvanokaustik des Operateurs verloren hat.

Alkoholismus und Ehescheidung.

Von

Dr. F. Leppmann.

(Nach einem in der Berliner Gerichtsärztl. Vereinigung gehaltenen Vortrag.)

Die bürgerliche Ehe ist lediglich eine Einrichtung sozialer Zweckmäßigkeit. Der Staat hat ein dringendes Interesse daran, daß die geschlechtliche Gemeinschaft zwischen Mann und Weib, mit einer Verpflichtung zu gegenseitiger Fürsorge im weitesten Sinne und zu gemeinsamer Fürsorge für die Nachkommenschaft verknüpft wird. Es ist durchaus folgerichtig, wenn der Staat, solange die Möglichkeit einer solchen Fürsorge gegeben ist, nicht duldet, daß die Ehe auf einseitigen Wunsch eines Ehepartners, oder auch auf übereinstimmenden Wunsch beider Gatten gelöst werde.

Andrerseits wäre es aber ebenso folgerichtig, wenn der Staat die Auflösung der Ehe nicht nur duldete sondern begünstigte, sobald Verhältnisse eintreten, welche die Erfüllung der Fürsorgepflichten unmöglich machen, oder gar dahin führen, daß durch das Fortbestehen der Ehe die Mehrzahl der Beteiligten ernstlich geschädigt wird.

Das geltende Deutsche Eherecht, wie es im Bürgerlichen Gesetzbuch festgelegt ist, läßt freilich nicht erkennen, daß es von solchen Erwägungen über das Wesen der bürgerlichen Ehe diktiert wäre. Wir fühlen uns förmlich in ein Strafgesetzbuch, in das Sühnerecht alten Styls hinein versetzt, wenn wir die §§ 1565 bis 1568 durchlesen: Ein Ehegatte kann auf Scheidung klagen, wenn der andre Ehegatte sich des Ehebruchs oder einer nach den §§ 171, 175 des Strafgesetzbuchs strafbaren Handlung schuldig macht; wenn der andre Ehegatte ihm nach dem Leben trachtet; wenn der andre Ehegatte ihn böslich verlassen hat; wenn

der andre Ehegatte durch schwere Verletzung der durch die Ehe begründeten Pflichten oder durch ehrloses oder unsittliches Verhalten eine so tiefe Zerrüttung des ehelichen Verhältnisses verschuldet hat, daß dem andern Ehegatten die Fortsetzung der Ehe nicht zugemutet werden kann. Ueberall kehrt hier die Voraussetzung wieder, daß zur Scheidung der Ehe ein bewußt schuldhaftes Verhalten eines Ehegatten notwendig ist. Erst im § 1569, und nur in diesem, wird die Möglichkeit einer Ehescheidung aus andern Gründen, nämlich wegen Geistesstörung, eröffnet, aber mit einem dreifachen Wall von Einschränkungen umgeben: Die Krankheit muß während der Ehe mindestens 3 Jahre gedauert haben, sie muß nach menschlichem Ermessen unheilbar sein, und sie muß die geistige Gemeinschaft der Ehegatten völlig aufheben.

Es ist nicht unseren Amtes zu prüfen, ob vielleicht, abgesehen von schuldhafter Pflichtverletzung und Geistesstörung noch andre Ehescheidungsgründe mit dem staatlichen Interesse vereinbar gewesen wären, wohl aber liegt es uns Aerzten ob, uns darüber klar zu werden, ob das Gesetz hinreichend diejenigen Fälle berücksichtigt hat, in denen äußerlich zwar der Tatbestand der §§ 1565 bis 1568 gegeben scheint, die Frage des Verschuldens aber wegen Geisteskrankheit des betreffenden Ehegatten verneint werden muß, und diese Geisteskrankheit gleichwohl nicht den Forderungen des § 1569 entspricht.

Von vornherein werden wir uns sagen müssen, daß hier eine Lücke im Gesetz vorliegt. Meine Aufgabe soll es sein, die einschlägigen Verhältnisse auf einem für die Allgemeinheit besonders wichtigen Gebiete, auf dem des Alkoholismus, zu prüfen.

Daß die Trinkerehen im volkstümlichen Sinne unglücklich zu sein pflegen, ist allgemein bekannt. Dem entsprechend sind auch ungemein viel Scheidungsklagen in letzter Reihe auf Alkoholismus des einen Ehegatten zurückzuführen. Die Statistik läßt uns hier zwar, aus naheliegenden Gründen, im Stich, aber erfahrene Bearbeiter der Alkoholfrage schätzen die Zahl der Ehescheidungen bei Trinkern nahezu auf die Hälfte Aller. Der Alkoholiker gelangt eben leichter als ein andrer Mensch dahin, die Ehe zu brechen, seiner Frau nach dem Leben zu trachten, sie böslich zu verlassen oder sonst durch ehrloses oder unsittliches Verhalten die Ehe zu zerrütten.

Vom Standpunkt des Irrenarztes betrachtet, können die Verhältnisse bei der Ehescheidungsklage gegen einen Alkoholisten dreifach verschieden liegen.

In der einen Gruppe von Fällen handelt es sich einfach um rohe oder genußsüchtige Menschen, denen weder Urteilsfähigkeit noch Willenskraft in krankhafter Weise mangelt, die aber gleichwohl Trinkexcesse begehen, weil ihnen der Einfluß des Alkoholmißbrauchs auf ihr Handeln gleichgültig ist, oder weil ihnen womöglich der Gedanke an den Unfug, den sie dann stiften werden, Spaß macht. Es bedarf keiner näheren Erörterung, daß in solchen Fällen der Ehescheidung nach dem B. G. B. keine grundsätzlichen Schwierigkeiten im Wege stehen.

Auf dem entgegengesetzten Flügel steht die zweite Gruppe, die der dauernd und hochgradig geisteskrank gewordenen Alkoholisten. In einem Bruchteil aller Fälle führt bekanntlich die chronische Alkoholvergiftung zu schwerer entgültiger Verblödung oder zur Bildung von Wahnsystemen, welche nicht mehr zu beseitigen sind, und gerade durch ihre engen Beziehungen zur Ehe selbst, ein Zusammenleben, ein gegenseitiges Verständnis der Ehegatten unmöglich machen. Der Umfang dieser Gruppe darf aber nicht überschätzt werden. Es ist überraschend, wie die geistigen Veränderungen selbst bei alten Säufern unter langpauernder Alkoholentziehung zurückzugehen pflegen. Selbst Störungen der Verstandesfähigkeit, die vorher als endgiltige Verblödung erscheinen konnten, hellen sich dann noch in hohem Maße auf. Darum wird die Frage der Unheilbarkeit gerade bei Alkoholpsychosen mit großer Vorsicht behandelt werden müssen, und über Aufhebung der geistigen Gemeinschaft denken die Gerichte ja sehr verschieden.

Zwischen den beiden bisher genannten Gruppen steht aber eine sehr große Anzahl von Alkoholisten, bei denen krankhafte Geisteszustände wesentlichen Anteil an den unter dem Einfluß des Alkohols begangenen Verfehlungen gegen die Pflichten der Ehe haben, während doch andererseits eine Geistesstörung von dem Umfang und der Dauer, wie sie § 1569 erfordert, nicht vorliegt. Es gibt zunächst Menschen welche aus unüberwindlichem inneren Zwang Alkohol im Uebermaß genießen (Trunk„süchtige“ im engeren Sinne), und infolgedessen füglich für ihre unter Alkoholwirkung begangenen Handlungen nicht verantwortlich gemacht werden dürften. Das nächstliegende, aber nicht einzige, Beispiel sind die von den Aerzten jetzt wohl übereinstimmend als Geisteskranke erkannten Periodentrinker. Ferner geraten manche nicht dauernd geisteskranke Personen durch Alkoholgenuß in einen Zustand krankhafter seelischer Erregung und Urteilsunfähigkeit, in welchem sie dann allerlei Tollheiten begehen ohne im Augenblick dafür zurechnungsfähig zu sein. Endlich brauchen auch länger dauernde alkoholistische Geistesstörungen, wie wir sahen, eine Ehescheidung aus § 1569 nicht zu rechtfertigen.

Wie findet sich nun unsere Rechtspraxis mit Ehescheidungsklagen ab, welche Alkoholiker von dieser Gruppe betreffen? Es liegt in dieser Beziehung eine Oberstgerichtliche Entscheidung des Reichsgerichts vom 3. September 1902 vor*), worin es heißt: „Selbstverständlich kann der infolge der Trunksucht bei dem Trunksüchtigen eingetretene, also von ihm verschuldete krankhafte Zustand desselben zu seiner Entlastung bei einer damit im Zusammenhange stehenden Verfehlung im Sinne des § 1568 des B. G.-B. nicht verwertet werden.“ Auch sonst hat das Reichsgericht in einer Reihe von Entscheidungen den Standpunkt vertreten, daß schon beharrlicher Alkoholmißbrauch an und für sich, also ohne Rücksicht auf die einzelnen unter Alkoholwirkung begangenen Handlungen sehr wohl ein ehrloses oder unsittliches Verhalten im Sinne des § 1568 darstellen könne.

Wenn also Jemand durch Trinkgewohnheiten, denen er zunächst trotz der Fähigkeit besserer Einsicht und Selbstbeherrschung folgt, mit der Zeit so krankhaft verändert wird, daß er schließlich für seine einzelnen ehewidrigen Handlungen nicht mehr verantwortlich gemacht werden kann, so entgeht er nach der Rechtssprechung des Reichsgerichts der Ehescheidung doch nicht, denn in letzter Reihe ist er an der Zerrüttung seines Ehelebens doch selbst Schuld.

Für manche Fälle mag diese Auffassung mit der Tatsache der ärztlichen Erfahrung übereinstimmen, aber ihrer allgemeinen Anwendung stehen doch sehr ernste Bedenken entgegen.

Zunächst möchte ich auf ein mehr formales Bedenken hinweisen. § 1571 B. G. B. sagt: „Die Scheidungsklage muß in den Fällen der §§ 1565 bis 1568 binnen 6 Monaten von dem Zeitpunkt an erhoben werden, an dem der Ehegatte von dem Scheidungsgrunde Kenntnis erhält“. In denjenigen Fällen nun, in denen die einzelnen Handlungen, welche zur Scheidungsklage führen, bereits im Zustande der Unzurechnungsfähigkeit begangen sind, liegt der eigentliche Scheidungsgrund, der schuldhafte, vermeidbare, beharrliche Alkoholmißbrauch meist jahrelang zurück, wird also in der Regel verjährt sein. Ja, noch mehr: Der Verfall in Trunksucht kann bereits vor Eingehung der Ehe erfolgt sein, sodaß der Trinker während seines gesamten Ehelebens bereits unfähig

*) Breßler, die Rechtspraxis der Ehescheidung bei Geisteskrankheiten und Trunksucht, seit Inkrafttreten des Bürgerlichen Gesetzbuches. Halle. Marhold 1903.

war, vom Alkohol zu lassen. Sollte in diesem Falle wirklich die oben angeführte Reichsgerichtsentscheidung anwendbar sein? Sollte es selbstverständlich sein, daß die vor so und soviel Jahren und sogar vor Eingehung der Ehe von dem Beklagten verschuldete Verfall in Krankheit nicht zur Entlastung des Beklagten verwertet werden kann? Eine solche Deutung würde doch mit unseren ganzen sonstigen Rechtsanschauungen unvereinbar sein.

Weit größeren Wert als auf diese Einwände formeller Art lege ich aber auf die sachlichen Bedenken, denen die Anwendbarkeit der vom Reichsgericht aufgestellten Grundsätze in sehr vielen Fällen unterliegt. In dem Ausdruck „der von dem Trunksüchtigen verschuldete krankhafte Zustand desselben“ steckt die alte Volksanschauung: Alkoholkrank wird nur der, welcher Alkoholexzesse begeht, welcher sich schuldhaft betrinkt. Aber diese Anschauung ist falsch: Zahlreiche Personen erwerben das Krankheitsbild des chronischen Alkoholismus mit seiner ganzen seelischen Verkommenheit, ohne daß sie nach der in ihren Kreisen herrschenden Auffassung einen Exzeß begehen, und ohne daß sie Gelegenheit haben, ihre Alkoholgewöhnung als Alkoholmißbrauch zu erkennen.

Zu diesen unschuldigen Alkoholisten gehören in erster Linie die Personen, welche durch ihren Beruf darauf hingewiesen sind, etwas reichlicher als der Durchschnittsarbeiter oder -Bürger alkoholische Getränke zu sich zu nehmen: der Gastwirt, der Brauer, der Weinreisende, der Droschkenkutscher, der Feuerarbeiter usw. usw. Bei ihnen allen handelt es sich nicht darum, daß sie sich stundenlang in Ruhe hinsetzen und ein Glas nach dem andern trinken, oder daß sie von Kneipe zu Kneipe ziehen, sondern lediglich um regelmäßig und häufig wiederholte kleine Angiftungen. Der dem allgemeinen Publikum geläufige Sitten- und Pflichtencodex enthält keine Vorschrift gegen eine solche Lebensführung; auch ist die gesundheitliche Erkenntnis des Durchschnittspublikums noch nicht soweit vorgeschritten, daß der Hinweis auf geschäftlichen Zwang zum Trinken, oder auf die Notwendigkeit den Durst zu löschen oder sich innerlich anzuwärmen, etwa als bloßer Vorwand für eine leichtfertige Lebensführung betrachtet werden dürfte. Infolgedessen kann man den Angehörigen der von mir gemeinten Berufe ihren häufigen und regelmäßigen Alkoholgenuß bestimmt nicht als Ehrlosigkeit oder Pflichtverletzung auslegen. Gleichwohl aber kann der Mensch durch diese Summe geringer Angiftungen genau so gut einen unüberwindlichen Drang zum Trinken und eine krankhafte Erregbarkeit oder Einsichtslosigkeit, welche das Eheleben unerträglich macht, erwerben, wie durch schuldhafte Alkoholexzesse, durch wüste Saufgelage.

Des Weiteren gehören zu den unschuldigen Alkoholikern viele von denjenigen Personen, deren Organismus eine abnorm verringerte Widerstandskraft gegen die Giftwirkung des Alkohols besitzt. Dahin gehören viele körperlich schwächliche Menschen, erblich belastete und psychopathisch Minderwertige von Jugend auf, während andere erst im Laufe des Lebens durch seelische Erschütterungen, Ueberanstrengung, Krankheiten und Unfälle in ihrer Widerstandskraft gegen das Gift geschwächt werden. Allen diesen Personen gemeinsam ist, daß sie diejenige Menge geistiger Getränke, deren gewohnheitsmäßiger Genuß nach der Anschauung des Publikums noch mit einem ehrenhaften Lebenswandel vereinbar ist, schon nicht mehr vertragen. Das braucht sich nicht etwa in einer stärkeren Berauschbarkeit zu äußern, sondern nur darin, daß sie trotz scheinbarer Mäßigkeit mit der Zeit das deutliche Krankheitsbild des chronischen Alkoholismus einschließlich des seelischen Verfalles der Trinker aufweisen.

Es bleiben also zahlreiche Alkoholiker-Ehen übrig, welche zwar so zerrüttet sind, wie es die §§ 1565 bis 1569 B. G. B. voraussetzen, welche aber bei sinngemäßer Anwendung des geltenden Rechts nicht geschieden werden können.

Ich erinnere hier an eine von Bresler a. a. O. angeführte Entscheidung des Oberlandgerichts zu Karlsruhe, in der es heißt: die schlechte Behandlung, die ein Ehegatte von dem geisteskranken Teil erfahre, könne nicht einer der Gründe der Ehescheidung wegen Geistesstörung sein, da der letztere für diese Handlungen nicht verantwortlich zu machen sei.

Wenn wir im Hinblick auf diese Verhältnisse eine Berücksichtigung des Alkoholismus im Ehescheidungsrecht nach Grundsätzen der reinen Zweckmäßigkeit fordern, so sehen wir eine Reihe von Einwänden voraus, denen unser Vorschlag begegnen wird.

Man wird uns sagen: kein Gesetz kann alle Spezialfälle decken, es wird immer unglückliche Ehen geben, auf welche die grade geltenden Scheidungsgründe nicht passen wollen. Sind denn grade die Alkoholistenehen so wichtig, daß sie ein Sondergesetz erfordern? Grade diese Frage ist es aber, welche bejaht werden muß. Ich habe an andrer Stelle*) ausgeführt, wieso gerade die Alkoholikerehen besonders traurige Verhältnisse darzubieten pflegen. Hier will ich nur auf drei Tatsachen hinweisen, vermöge deren die Trinkerehen angesichts der enormen Verbreitung des Alkoholismus eine schwere Gefahr für das Gemeinwesen darstellen: die Verarmung der Trinkerfamilien, welche dem Staat und seinen Unterverbänden schwere Geldlasten auferlegt, die Verrohung dieser Familien, welche ganze Heerde des Verbrechens und der Prostitution schafft (u. a. ist Blutschande zwischen Vater und Tochter ein weitaus meist bei Säufern vorkommendes Verbrechen) und die Entartung der Trinkernachkommen, welche sich in verringerter körperlicher Widerstandsfähigkeit, in Schwachsinn, Epilepsie und seelischer Minderwertigkeit kundgibt. Bei dem letzteren Punkte ist es für unsere vorliegende Besprechung ganz gleichgültig, ob der elterliche Alkoholismus die eigentliche Ursache der Entartung oder nur ein Zwischenglied im Verfall des Stammes bildet. Fest steht soviel, daß rechtzeitige Trennung der Trinkerehen wenigstens einigermaßen im Stande sein wird, die soeben genannten Gefahren für die Allgemeinheit hintanzuhalten.

Hier haben wir uns freilich gegen einen Angriff aus dem eignen Lager, gegen eine von ärztlicher Seite vertretene Anschauung zu wehren. Es gibt viele Kollegen, denen die Fürsorge für den einzelnen kranken Menschen in jedem Falle wichtiger erscheint, als die gegen den Einzelnen freilich manchmal etwas harte soziale Hygiene. So ist denn auch die Anschauung vertreten worden: Man möge den schon an und für sich unglücklichen Alkoholkranken nicht noch ihre letzte Stütze, den Anhalt an ihrer Familie, rauben. Man möge sie heilen, statt sie zu verstoßen. Ich kann mich auf diesen Standpunkt nicht stellen. Wenn der Trinker noch Einsicht genug besitzt, um seine Heilung ernstlich zu wünschen, so wird er nicht erst die Ehescheidungsklage abwarten, ehe er sich in eine Heilanstalt begibt. Und von der Beständigkeit der Heilungen, die unter dem Drucke des Scheidungsverfahrens oder gar nach Entmündigung des Trinkers gegen seinen eignen Willen versucht werden, wird sich wohl der größte Optimist nicht zuviel versprechen. Auch bleibt es ja sehr fraglich, wie weit nach erfolgter Alkoholentziehung die Ehefähigkeit wieder hergestellt wird. Wenn man die Reichsgerichtsentscheidungen liest, so merkt man schon, wie windig es oft mit den zwecks Verhütung der Ehescheidung unternommenen Heilstättenkuren der Trinker aussieht. Auf die Rückkehr folgt oft alsbald der Rückfall. Man möge also für diese Kranken jede Art der Fürsorge treffen, nur nicht diejenige, bei welcher das Wohl ihrer Familie und des Staates aufs Spiel gesetzt wird: die Aufrechterhaltung der Ehe.

---

*) Senator-Kaminer: Krankheiten und Ehe. München. J. F. Lehmann. 1904.

Vom praktischen Standpunkt möchte am ehesten noch einen Schein der Berechtigung derjenige Kritiker haben, welcher auf unsern Vorschlag entgegnet: In der Praxis gestaltet sich ja die Scheidung der Trinkerehen garnicht so schwierig, wie es theoretisch scheinen könnte. Der Richter stellt einfach den objektiven Tatbestand der §§ 1565, 66 usw. fest und forscht garnicht erst danach, ob die subjektive Schuld durch geistige Störung ausgeschlossen war. Und der Trinker selbst kommt gewöhnlich nicht auf die Idee, sich als Opfer einer Krankheit darzustellen. Tatsächlich mag das vielleicht so sein, aber rechtmäßig ist es nicht. Wir treten doch auf eine sehr bedenkliche Brücke, wenn wir uns darauf verlassen, daß zweckmäßige Entscheidungen per nefas gefällt werden werden. Es steht dann eine ähnliche Entwicklung zu erwarten, wie wir sie in strafrechtlicher Beziehung gegenwärtig schon haben: die Fälle, in denen der Angeklagte oder dessen Vertreter Geisteskrankheit als Strafausschließungsgrund geltend machen, mehren sich, und die Sicherungsmaßregeln gegen gemeingefährliche Geisteskranke erweisen sich als ungenügend. Der Richter steht dann vor dem Dilemma, entweder den Geisteskranken zu Unrecht zu verurteilen, oder einen sehr gefährlichen Menschen ungenügend verwahrt zu wissen. Ganz ebenso kann es auch bei den Ehescheidungen kommen, wenn der Einwurf der geistigen Störung mit der Zeit an Popularität gewinnt und der Gesetzgeber nicht rechtzeitig Mittel und Wege findet, das daraus entstehende Unheil zu verhüten.

Wenn so der Grundsatz, daß Alkoholismus als Ehescheidungsgrund dem Bürgerlichen Recht eingefügt werden muß, meines Erachtens gegen die als möglich erscheinenden Einwände genügend gesichert ist, so wird freilich die Formel für den neu zu schaffenden Gesetzesparagraphen nicht leicht zu finden sein.

Die Gesetzgebung fremder Staaten wird schwerlich als Vorbild dienen können. Unseres Wissens hat außer den amerikanischen Unionsstaaten Kalifornien und Utah nur England (seit 2 Jahren) eine „Ehescheidung wegen Trunksucht", und diese leidet an dem Fehler, nur den schweren Rausch als ausschlaggebend anzuerkennen, noch viel mehr als unser Scheidungsrecht. Jede Trunkenheit, die den Menschen unter das Niveau eines 7jährigen Kindes bringt, ist strafbar; bei der dritten Strafe kommt der Betreffende auf die Trinkerliste, und der andere Ehegatte kann dann sofort Scheidung der Ehe zu seinen Gunsten verlangen. Ich wüßte nicht, was die „praktischen Engländer" Unpraktischeres als die Vergleichung eines Betrunkenen mit einem Kinde, die noch dazu nach Lage der Sache doch nur auf Grund flüchtiger Eindrücke zufällig anwesender laienhafter Personen erfolgen kann, hätten schaffen können. Ebensowenig ist einzusehen, was die „gründlichen Deutschen" veranlassen sollte, eine so überaus ungründliche, oberflächliche Rechtsnorm nachzuahmen.

Am besten wäre es schon, wir könnten die Ausdrücke „Alkoholismus" oder „chronische Alkoholvergiftung" in das Gesetz bringen, denn sie allein umfassen alle Schädigungen durch geistige Getränke und halten sich von mißverständlicher bezw. mißzuverstehender Psychologie fern. Aber sie sind nicht volkstümlich genug, der Laie denkt sich dabei nicht das, was sie wirklich bedeuten.

Der demnächst zur Verfügung stehende Ausdruck „Trunksucht", der im B. G. B. beim Entmündigungsrecht schon vorkommt, bildet schon an dieser Stelle eine Quelle immer neuer Hindernisse und Irrungen. Die Kommentatoren (Plaunck und im Anschluß daran das Reichsgericht) erklären: Trunksucht ist nach Aussage der Aerzte ein krankhafter Zustand, der den Menschen unwiderstehlich beherrscht — und wenn dann ein alter Säufer sich im Entmündigungsprozeß etliche Wochen ohne äußeren Zwang alkoholfrei hält, wird er nicht entmündigt, weil er nicht trunksüchtig sei. Das hindert aber nicht, daß in den Motiven zum B. G. B. und demgemäß auch wieder in der Rechtsprechung des Reichsgerichts Trunksucht im ganz laienhaften Sinne als ein ehrloses oder unsittliches Verhalten bezeichnet wird, welches gegen die durch die Ehe begründeten Pflichten verstoße.

In keinem Falle also dürfen wir „Trunksucht" ohne weiteren Zusatz in das Ehescheidungsrecht einfügen. Dagegen wäre schon etwas geholfen, wenn man sagte „Trunksucht oder Trunkfälligkeit". Der letztere Ausdruck stand früher im Krankenversicherungsgesetz und bezeichnet da in kaum mißzuverstehender Weise einen schuldhaften Mißbrauch geistiger Getränke, während in dieser Zusammenstellung auch der Laie dazu neigen wird, Trunksucht als „krankhaften" Alkoholmißbrauch zu deuten. Ich gestehe gern, daß ich auch mit dieser Formel noch nicht ganz zufrieden bin, sie bringt die krankhaft verstärkte Wirkung scheinbar mäßiger Alkoholmengen nicht genug zum Ausdruck. Aber ich habe keine bessere gefunden, und es handelt sich ja auch nur um einen vorläufigen Vorschlag, für den, wenn er im Prinzip erst als richtig erkannt ist, eine brauchbare Zurechtfeilung schon zustande kommen wird.

Der Gesetzesparagraph, auf den ich abziele, würde also etwa lauten: Ein Ehegatte kann auf Scheidung klagen, wenn durch Trunkfälligkeit oder Trunksucht des andern Ehegatten eine so tiefe Zerrüttung des ehelichen Verhältnisses bewirkt ist, daß dem Ehegatten die Fortsetzung der Ehe nicht zugemutet werden kann.

Eine in diesem Sinne gehaltene Bestimmung würde zunächst die im Interesse des Gemeinwesens so wünschenswerte Trennung der Trinkerehen wesentlich erleichtern. Sie würde aber auch darüber hinaus wertvoll als ein Schritt zu dem Ziele sein, auf das hinzuarbeiten wir Aerzte als Naturwissenschaftler besonders berufen sind: zu einer Geltendmachung reiner Zweckmäßigkeitsnormen in unserm Rechtsleben.

Gerichtliche Entscheidungen.

Unter dem „Hören" des behandelnden Arztes im Sinne der Unfallversicherungs-Gesetze ist die Einforderung eines Gutachtens zu verstehen.

Die neuen Unfallversicherungs-Gesetze (§ 69 Abs. 3 des UVG., § 75 Abs. 3 des UVG. für Land- und Forstwirtschaft) enthalten in dem Abschnitt über die Feststellung der Entschädigungen folgende Bestimmung:

> „Soll auf Grund eines ärztlichen Gutachtens die Bewilligung einer Entschädigung abgelehnt oder nur eine Teilrente festgestellt werden, so ist vorher der behandelnde Arzt zu hören. Steht dieser zu der Genossenschaft in einem Vertragsverhältnisse, so ist auf Antrag ein anderer Arzt zu hören."

Ueber die Frage, wie dieses „Hören" zu erfolgen habe, sind die Ansichten bisher sehr geteilt gewesen. Während die einen darunter die Einholung eines Gutachtens auf Kosten der Berufsgenossenschaft verstanden, glaubten die anderen, insbesondere viele berufsgenossenschaftlichen Organe, daß es genüge, wenn dem Arzt eine Aeußerung anheimgestellt und ihm sogar überlassen werde, sich eine Vergütung dafür von dem Rentenbewerber zu verschaffen. Eine Entscheidung des Reichs-Versicherungsamts, welche sich auf den ersteren Standpunkt stellte, fand bei den Vertretern der letzteren Ansicht schroff ablehnende Kritik. Ansichten, welche die widerstreitenden Interessen durch eine Mittelmeinung zu vergleichen suchten, entbehrten einer überzeugenden rechtlichen Begründung. In neuester Zeit hat nun das Reichs-

Versicherungsamt die Frage dankenswerterweise geklärt; in einem Rekursurteil vom 27. Juli 1904 ist der Gegenstand grundsätzlich erörtert und die erste Ansicht gebilligt worden, indem dabei auch die Pflicht der Berufsgenossenschaften zur Tragung der Kosten für die Abgabe der gutachtlichen Aeußerung besonders festgestellt wurde.

Diese Entscheidung wird in ärztlichen Kreisen allgemein interessieren. Ihr lag der Tatbestand zugrunde, daß eine Berufsgenossenschaft zwei Aerzten, welche den Verletzten nacheinander an den angeblichen Unfallfolgen behandelt hatten, in einem Schreiben unter kurzer Mitteilung des Sachverhalts eröffnet hatte, daß ihnen gemäß § 75 Abs. 3 des landw. UVG. das Recht zustehe, sich zur Sache zu äußern; wollten sie von dieser Befugnis Gebrauch machen, so würden sie ersucht, ihre Aeußerung binnen 10 Tagen abzugeben. Beide Aerzte hatten dieses Schreiben unbeantwortet gelassen. Nachdem die Berufsgenossenschaft darauf den Anspruch durch berufungsfähigen Bescheid abgelehnt hatte, wies das Schiedsgericht auf die Berufung des Rentenbewerbers die Sache an die Berufsgenossenschaft zurück, damit diese nach vorheriger Anhörung der behandelnden Aerzte einen neuen berufungsfähigen Bescheid erteile. Den hiergegen von der beklagten Berufsgenossenschaft eingelegten Rekurs hat das Reichs-Versicherungsamt zurückgewiesen, indem es — ohne Verweisung an den erweiterten Senat, welche die Rekursklägerin nach § 17 des Hauptgesetzes vom 30. 6. 1900 beantragt hatte — im Anschluß an die frühere Entscheidung aussprach, daß es zur Befolgung jener gesetzlichen Vorschrift nicht genüge, wenn die Berufsgenossenschaft dem behandelnden Arzte die Abgabe einer gutachtlichen Aeußerung anheimgebe, daß sie vielmehr eine solche Aeußerung von ihm erfordern müsse.

In der ausführlichen Begründung wird zunächst dem Einwande begegnet, daß die in verschiedenen anderen Reichsgesetzen, insbesondere in den sog. Reichsjustizgesetzen, an mehreren Stellen sich findende Vorschrift, gewisse Personen „zu hören", nur dahin aufzufassen ist, daß diese Personen zum Worte zu verstatten sind. Es wird demgegenüber dargelegt, daß der Sprachgebrauch jener Gesetze keineswegs von den Unfallversicherungs-Gesetzen schlechthin übernommen, und daß der Ausdruck „hören" auch einer anderen Deutung fähig sei. Für die abweichende Auslegung auf dem Gebiete der Unfallversicherungs-Gesetze wird ferner besonders der Umstand hervorgehoben, daß die Stellung des behandelnden Arztes im Rentenfeststellungsverfahren eine wesentlich andere ist als diejenige der nach den Reichsjustizgesetzen zu hörenden Personen, also hauptsächlich des Staatsanwalts, des Beschuldigten und Angeklagten, seines Verteidigers, Ehegatten, gesetzlichen Vertreters u. s. w. Alle diese Personen seien an dem Verfahren selbst beteiligt, weil ihre eigenen oder die von ihnen vertretenen Interessen des Staats oder ihrer Schützlinge und Auftraggeber durch die zu treffende Entscheidung berührt würden; es genüge daher, wenn ihnen die Möglichkeit gesichert würde, zu Worte zu kommen; ob sie von dem Rechte Gebrauch machen wollten, könne ihrem eigenen Ermessen überlassen bleiben.

Im Unfallentschädigungsverfahren entspreche der Stellung dieser Personen die des Rentenbewerbers selbst — § 7 Abs. 1, § 95 Abs. 2 des UVG. f. L. u. F. —; er solle vor der Entscheidung Gelegenheit zur Aeußerung haben, im Sinne der Reichsjustizgesetze „gehört" zu werden.

„Ganz anders," heißt es weiter, „als die Stellung der bezeichneten Personen ist aber die Stellung des behandelnden Arztes im Rentenfeststellungsverfahren. Wenn er nicht etwa seinem Patienten besonderes Wohlwollen entgegenbringt, so hat er regelmäßig kein erhebliches Interesse daran, wie die Entscheidung über den Rentenanspruch des Verletzten ausfällt. Vielmehr ist es der Verletzte, der häufig ein erhebliches Interesse daran hat, daß bei Festsetzung seiner Rente die Meinung des behandelnden Arztes eingeholt werde. In dessen Interesse und nicht, wie man nach dem Inhalt des Schreibens der Beklagten an die behandelnden Aerzte annehmen müßte, in dem Interesse des Arztes ist die Bestimmung getroffen. Die Rechte des Arztes hat der Gesetzgeber nicht damit schützen wollen. Ihm ist nicht das Recht eingeräumt, sondern die Pflicht auferlegt worden, seine Kenntnis mitzuteilen. Er kennt den Verletzten und den Verlauf seiner Krankheit in der Regel genau, kann häufig über die oft schwer zu beantwortende Frage, ob ein Leiden erst durch den Unfall entstanden ist oder schon früher vorhanden war, entscheidenden Aufschluß geben und vermag nicht selten auch über andere für die Beurteilung des Entschädigungsanspruchs des Verletzten wichtige Tatsachen Angaben zu machen. Auch ist die Anhörung des behandelnden Arztes geeignet, ein etwa bestehendes Mißtrauen, der Verletzten gegen die Parteilichkeit der berufsgenossenschaftlichen Organe bei der Erteilung ihrer Rentenfeststellungsbescheide in einem wesentlichen Punkte zu beseitigen (zu vergleichen Rekursentscheidung 2001, Amtliche Nachrichten der R. V. A. 1903, Seite 472). Schon hieraus ergibt sich, daß die Vorschrift des § 75, Abs. 3 des Unfallversicherungs-Gesetzes für Land- und Forstwirtschaft eine im Interesse des Verletzten getroffene Maßnahme bildet, die ihm eine gründliche Prüfung der Berechtigung seines Anspruchs sichern und ihm zugleich die Berechtigung verschaffen soll, daß bei der Entscheidung auch ein völlig unbefangenes ärztliches Gutachten berücksichtigt wird. Daß diese Erwägungen tatsächlich für die Einführung der Bestimmung maßgebend waren, erhellt zudem mit Sicherheit aus den Verhandlungen des Reichstags (zu vergleichen Drucksachen des Reichstags, 10. Legislaturperiode, I. Session 1898/1900, Stenographische Berichte, S. 5334 ff.).

Die Vorschrift würde aber jeder praktischen Bedeutung ermangeln, wenn die von der Beklagten ihr gegebene Auslegung richtig wäre. Denn da der behandelnde Arzt an dem Ausgange des Rentenfestsetzungsverfahrens in der Regel, wie bereits bemerkt, kein wesentliches Intereses hat, so wird er sich der Mühe der Erstattung einer gutachtlichen Aeußerung im allgemeinen nur dann unterziehen, wenn ihm eine solche nicht nur anheimgestellt, sondern von ihm erfordert wird. Die Ansicht der Beklagten, daß es Sache des Verletzten sei, den Arzt, nötigenfalls durch Zahlung einer Vergütung, zur Einreichung eines Gutachtens zu veranlassen, ist offenbar hinfällig. Träfe sie zu, so würde die erst in die Unfallversicherungs-Gesetze vom 30. Juni 1900 eingefügte neue Bestimmung sachlich nichts Neues geschaffen haben und überflüssig sein. Denn die Beibringung ärztlicher Gutachten auf eigene Kosten stand dem Rentensucher auch nach den früheren Unfallsversicherungs-Gesetzen zu und wäre ihm auch ohne jene Bestimmung nicht verwehrt. Nicht der Rentenbewerber, sondern der Versicherungsträger soll nach der ausgesprochenen Absicht der neuen Gesetze für eine Aeußerung des behandelnden Arztes Sorge tragen. Der Verletzte, der häufig zudem keine Geschäftsgewandtheit besitzt, ist in vielen Fällen außerstande, die Vergütung aufzubringen; vor Allem aber fehlt ihm die Möglichkeit, den Arzt zur Abgabe des Gutachtens zu nötigen, wenn dieser dessen Erstattung ihm gegenüber ablehnt. Es kann hiernach keinesfalls die von der Beklagten gewollte Auslegung des § 75, Abs. 3 a. a. O. dem Willen des Gesetzgebers entsprechen. Die gedachte Gesetzesvorschrift kann vielmehr nach Wortfassung, Zweck und Inhalt nur dahin aufgefaßt werden, daß der Berufsgenossenschaft die Pflicht obliegt, den behandelnden Arzt zur Abgabe einer gutachtlichen Aeußerung zu veranlassen und folglich auch die hierdurch entstehenden Kosten zu tragen.

Angesichts dieser ausdrücklichen und zwingenden Gesetzesvorschrift kann auf die von der Beklagten angeführten, aus einer strengen Beobachtung der Vorschrift vermeintlich erwachsenden

Umständlichkeiten und mißlichen Folgen keine Rücksicht genommen werden. Denn eine sich bei Ausführung einer Gesetzesvorschrift ergebende Schwierigkeit berechtigt die Beteiligten nicht, aus vermeinten Zweckmäßigkeitsgründen von der Befolgung der Bestimmung abzusehen. Uebrigens bestehen die von der Beklagten vorgeschützten Schwierigkeiten und mißlichen Folgen zum größten Teil überhaupt nicht und werden zum anderen Teile von ihr erheblich überschätzt."

Weiterhin werden die angeblichen praktischen Unzuträglichkeiten im Einzelnen erörtert. Es wird u. A. darauf hingewiesen, daß der behandelnde Arzt, welcher die Erstattung der gutachtlichen Aeußerung verweigern sollte, auf Grund der §§ 407, 409 der Zivilprozeßordnung im Wege des § 154 der UVG. f. L. u. F. zur Abgabe eines Gutachtens in der Regel (Ausnahme § 414, 383 Abs. 1 Ziff. 5 und Abs. 3 ZPO.) werde angehalten werden können. Auch die Befürchtung einer Verzögerung des Festsetzungsverfahrens durch die gerichtliche Vernehmung wird als für die größte Zahl der Fälle unbegründet erachtet. Wenn dem behandelnden Arzt gegenüber ein angemessenes Entgegenkommen beobachtet, er insbesondere nicht darüber im Zweifel gelassen werde, daß ihm nach der Erstattung des Gutachtens die ihm zukommende Vergütung gezahlt werde, so werde er selbst bestrebt sein, die Unbequemlichkeiten einer gerichtlichen Vernehmung zu vermeiden, und das erforderte schriftliche Gutachten alsbald abgeben.

Schließlich wird im gegebenen Fall das an den behandelnden Arzt gerichtete formularmäßige Schreiben als den Anforderungen des § 75 Abs. 3 des UVG. f. L. u. F. um so weniger entsprechend hingestellt, als der Arzt aus der Fassung hätte entnehmen müssen, daß seinem Gutachten ein besonderer Wert nicht beigemessen werde, und daß er keine Vergütung erhalten würde. In der Verletzung der angezogenen, in zwingender Form gegebenen Gesetzesvorschrift wird ein wesentlicher Mangel des Verfahrens erblickt, welcher das Schiedsgericht berechtigte so, wie geschehen, die Sache an die Vorinstanz zurückzuverweisen. Re.

Tagesgeschichte.

Arzt und Fürsorgeerziehungsgesetz.

Vor einiger Zeit berichteten wir über die Anregungen, welche der Nervenarzt Laquer für eine stärkere Beteiligung der Aerzte bei der Durchführung des Fürsorgegesetzes, namentlich in psychiatrischer Richtung, gegeben hat. Erfreulicherweise sind diese Anregungen auf fruchtbaren Boden gefallen. Aus Frankfurt a. M. kommt die Nachricht einer wesentlichen Erweiterung der Fürsorgeerziehungseinrichtungen. Um zu entscheiden, auf welche Weise die vielen in Betracht kommenden imbezillen Kinder am besten untergebracht werden, ist nämlich in Verbindung mit der dortigen städtischen Irrenanstalt eine Beobachtungsstation errichtet worden, in welche die imbezillen Kinder, welche in Fürsorgeerziehung zu übernehmen sind, gebracht werden. Sie werden dort der ärztlichen Beobachtung unterworfen; zugleich ist aber noch Gelegenheit zur pädagogischen Ueberwachung gegeben.

Dürfen die Krankenkassen noch Wöchnerinnenunterstützung für die Ehefrauen der Mitglieder gewähren?

Diese Frage wird in der „Arbeiterversorgung" von Amtsgerichtsrat Hahn im Anschluß an ein kürzlich gefälltes Urteil des Preußischen Ober-Verwaltungsgerichtes besprochen.

Das frühere Krankenversicherungsgesetz enthielt ausdrücklich die oben genannte Ermächtigung. In § 20 hieß es: die Wöchnerinnenunterstützung betrage 4 Wochen; nach § 21 Ziffer 4 konnte sie auf 6 Wochen erweitert werden. Daran schloß sich Ziffer 5: für die nicht selbst versicherungspflichtigen Ehefrauen könne im Falle der Entbindung die nach Ziffer 4 zulässige Unterstützung gewährt werden. Nun kam die Novelle von 1903, und die in § 20 angeführte Wöchnerinnenunterstützung wurde allgemein auf 6 Wochen erstreckt, während in § 21 Ziffer 4 jetzt nicht mehr von den Wöchnerinnen, sondern von den Schwangern die Rede ist. Infolgedessen paßten in Ziffer 5 die Worte „im Falle der Entbindung" nicht mehr, und man ließ sie weg. Dabei wurde aber nicht beachtet, daß nun der Wortlaut des Gesetzes garnichts mehr von einer Wöchnerinnenunterstützung für die nicht versicherungspflichtigen Ehefrauen der Kassenmitglieder enthält, denn die Ziffer 5 bezieht sich ausdrücklich nur auf den Inhalt der Ziffer 4, aus dem ja die Wöchnerinnen verschwunden und durch die Schwangeren ersetzt worden sind. Selbstverständlich liegt hier nur ein Redaktionsfehler vor. Die ganze Entstehungsgeschichte und der übrige Inhalt der Novelle von 1903 beweisen, daß der Gesetzgeber keineswegs daran gedacht hat, die Wohltaten des Gesetzes zu verringern, sondern nur, sie zu erweitern. Gleichwohl hat das Ober-Verwaltungsgericht entschieden: wenn diese Absicht auch bei dem Gesetzgeber bestanden habe, so sei sie doch nicht zum Ausdruck gekommen, und deshalb dürfe die genannte Unterstützung nicht mehr gewährt werden.

Demgegenüber weist Hahn daraufhin, daß die Novelle von 1903 das frühere Krankenversicherungsgesetz ja nicht aufgehoben, sondern nur in einzelnen Punkten verändert habe, demnach beständen die früheren Vorschriften fort, solange sie nicht ausdrücklich aufgehoben seien. Das Urteil des Ober-Verwaltungsgerichts sei daher rechtsirrtümlich.

In diesen juristischen Streitfragen mitzureden, kann nicht unsere Sache sein. Wir durften aber nicht versäumen, mit tiefem Bedauern auf die Tatsache hinzuweisen, daß hier wieder einmal, und zwar bei einer für die ganze soziale Hygiene äußerst wichtigen Frage, der Buchstabe des Gesetzes dessen Geist getötet hat.

Wieder ein Fleischkonservierungsmittel.

Amtlich wird auf ein von einer Dortmunder Firma hergestelltes neues Mittel zur Fleischkonservierung hingewiesen, genannt Zenith, das angeblich völlig frei von unschädlichen und und verbotenen Stoffen sein soll, während es in Wirklichkeit 50 Prozent doppelkohlensaures Natron enthält. Nach der Bekanntmachung vom 18. Februar 1902 sind Alkalikarbonate von der Verwendung bei gewerbsmäßiger Fleischzubereitung ausgeschlossen. Es ist ganz verfehlt behaupten zu wollen, damit wären nur die einfachkohlensauren Salze gemeint, zumal der gleiche Grund wie für die Ausschaltung dieser, auch hinsichtlich der doppelkohlensauren besteht: beide sind gleichmäßig geeignet, eine minderwertige Beschaffenheit des Fleisches zu verdecken. Der Zusatz von „Zenith" wird daher strafrechtlich verfolgt werden.

Hygiene-Unterricht in England.

Dem englischen Kultusminister wurde eine Massenpetition der Aerzte Grossbritanniens und Irlands überreicht, in der nicht weniger als 14718 Mediziner die Einführung des Unterrichts der Gesundheitslehre für alle öffentlichen Schulen und vor allem Aufklärung über die Eigenschaften und die Wirkung des Alkohols fordern. (Soz. Praxis.)

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. F. Leppmann in Berlin. — Verlag und Eigentum von Richard Schoetz in Berlin.
Druck der Buchdruckerei Gustav Schenck Nachflg., P. M. Weber, Berlin SW. 18.